

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

(Healthcare)

Koshika
Foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1753

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shameem Begum

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Bashree Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-No. 61, 2nd crossg 2 Main road

A.M.C. Road Basavanagere Ken-Hallu
Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: पक्का आवासीय पता

Karnataka



pre op post op
1753 Shameem Begum

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. उत्पन्न कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आम आय करदाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	2 abrahamthulla pathu	35	M	SON
②	Bibi Maryam	14	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (आवेदन पर भी आवेदन प्रमाण पत्र संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (आवेदन पर भी आवेदन प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवेदन-कार्ड (आवेदन पर भी आवेदन प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किन्ने नये किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Utagne Sir DE cataract LE cataract
②	Surgery DE cataract + PCTML

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से प्राप्त नया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र ही से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ले या पाऊँगा, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद, इस रकम का अधिक या समकाल प्रत्येक किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, साप्ताहिक, दूरदर्शन से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रमाण हैं प्रसारित हों। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित माध्यमों का निर्णय अधिक और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिलेखित, हमारे द्वारा की जाने वाली हस्ताक्षर/अंगूठे के "कोशिका फाउंडेशन" के वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में स्वीकृति करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के उपचार के लिये किसी अन्य सोर्स से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अंगूठे प्रपत्र के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अंगूठे प्रपत्र में प्राप्त नहीं किया जाय है तो हमारा किसी अन्य रोगी के उपचार के लिये अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हमारा सिफारिश प्रपत्र उस रोगी/प्राप्त हेतु किसी रोगी के उपचार के लिये अन्य सहायता से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले ले सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हमारा प्रपत्र में कोई सहायता या बिना कोई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हमारा कोई भी चिकित्सा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रपत्र का कोई रकम नहीं है। हमारे द्वारा सहायता से लेने के उपचार प्रकृति और जहाँ जाने की जाती सिफारिश लेने एवं हमारा कोई रोगी और "कोशिका" की कोई प्रकृति या सिफारिश प्रपत्र प्राप्त में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/9/25

DR. PREETI DOL
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

Mr. LAKSHMIPATHI N.
 Senior Manager
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)
 OUTHREACH WARDHAWASE
 DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A part of Shreaddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2