

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0928/1754

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Somasundar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o. Subramuni

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 167, Behind Naled, Ashwathnagar

R.M.V. Extension 2nd Stage, Bangalore

Kamatahira

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

-11-

pre op post op
1754 Somasundar

OCCUPATION:

व्यवसाय

Carpenter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

MARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगायें)

Yes / No

हां / नहीं

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 से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाणित प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रातिपदियां से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE. Cataract
②	Surgery RE Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता प्रती

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं गारंटी करता हूँ कि मैं सहायता हेतु अब प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस बात का अधिकार या अधिकार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pu-up/produce 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस स्वरूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत करके, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस स्वरूप में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु प्रार्थना में कोई भी परिवर्तन और परिवर्तन के बिना किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे स्वरूप का विवरण को प्रकाशित करने का हक मेरे हाथों में होगा कि "कोशिका फाउंडेशन" न प्रभावित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से प्रार्थना में प्रभावित है मुझे नहीं मिलेगा, सहायता का स्वरूप नहीं बदलता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता और सहायता को प्रभावित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा नीचे दिये गये दस्तखत करके, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का हक रखेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को प्रभावित करने के लिए कोई भी परिवर्तन और परिवर्तन के बिना किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/9/25

Dr. PREETHI B.E.
M.B.B.S. CO. HIGD FROM
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा. प्रीथी बी.ई. (नाम और रजि. नं. के साथ स्टैम्प)

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
आरोपी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
आरोपी हस्ताक्षर 2