

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Trust of Life

APPLICATION No.: 8/0925/1761

APPLICATION DATE: 09/09/20

NAME of APPLICANT: Gouramma

AGE/YEARS मातृ-वर्ष

42

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Madashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Annaketti village, Gundalpet (D), Chamrajnagar (D)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

Pre OP
GourammaPost OP
1761

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. जारी प्राप्त किया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध अनुसार
①	Madashetty	82	M	Husband
②	Manjunatha M	35	M	Son
③	Anitha - 6	30	F	Daughter In Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन से पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Nation Card (Attach Copy) जनजाति कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Dilatation - RE Cataract. LE P.C.I.O.R.
②	Lutency - RE Cataract.

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रारण में घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब और नहीं ले रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त प्रयोग किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और या ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/reproduce 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा को लगाए रखकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारण का प्रयोग मेरे उपचार को पूर्ण या आंशिक रूप से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्णतः सहायता का उपयोग नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य गतिविधियों का प्रयोग अधिकृत और अनुमति प्राप्त है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं कीमूँ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँलेखी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, एवं हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रारण से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम से वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बाह्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/पाने में कोई बाधा नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य या बाह्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय सहायता प्राप्त होने/पाने हेतु किसी भी बाह्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/पाने/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या निम्न लक्ष्य उपचाराधिकार का चुनाव करने एवं हॉस्पिटल को चिकित्सा का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। उपर्युक्त हॉस्पिटल में देखी जा रही प्रत्येक प्रकृति और प्रत्येक लक्ष्य को हमारे और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of Authorized Signatory)

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/09/25

Dr. PREETHI B.K

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर के साथ डॉ. प्रेथी बी.के. का मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2