

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0925/1763

APPLICATION DATE : 09/09/25

NAME of APPLICANT : Parvathamma

AGE-YEARS : 73

SEX : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Present Address

Kishanapale Dist, Kishanapale, Guzunalappa, Parvathamma

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Permanent Address



Pro OP Parvathamma Dist OP 1763

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Total Annual Income

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

PAN No. : PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (जो 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 से क्या संबंध
①	Guzunalappa	82	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने वाले किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो रई प्रमाणित प्रमाणित
①	Diagnosis - RE Cataract
	LE Cataract
②	Surgery - LE Cataract

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो रई सहायता प्रती

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा विज्ञापन 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिए 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 गम्भीरतापूर्वक "बोझिलता" में लौट जा रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब दूसरी जगह से नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-up/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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रस्ताव में शामिल हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा, मौखिक, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से दूरदर्शनीय और दूरदर्शनीय के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम का विवरण मेरे प्रस्ताव में शामिल है जो कि मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का उपयोग नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा, उनके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मालिक/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रस्ताव में सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किया गया है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" इस प्रस्ताव हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता किसी अधिकतम/पूर्ण हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में सत्य कहा जाता है कि हमारा सिफारिश करने पर इस स्रोत/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे हुए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सभी प्रकार के उपचार इस बात पर निर्भर है कि हमारे पास उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होता है हमारा और बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा न तो हमारे प्रस्ताव और अपने कार्य को जो किसी भी स्रोत से सहायता की होती और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name of Hospital & Authorized Signatory)

(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)**Vasahinagar, Bangalore-52****Dr. FREEMAN B.K.**

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

हस्ताक्षर का नाम व प्रमाण पत्र/चिह्न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2