

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Post P Post CP
Kempamma 1773

APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक :	8/0925/1773	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	09/09/25
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Kempamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष	77
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	N/o Gopiah.		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान का पता			
Hajjatabad, Kundatpet (T), Channarayana (D) Kanchi District.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान का पता			
OCCUPATION : व्यवसाय	Unemployed		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न 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 संबंध
①	Mahadevaramma	51	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रातिपदियां से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE cataract LE cataract.
②	Surgery - RE cataract.

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रमपूर्ण एवं कथन असत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रोग या शारीरिक या मानसिक किसी अन्य प्रोटीन/एन्जाइम/हार्मोन से या किसी भी और किसी भी स्रोत से

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 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.
- 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.
- इस प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर हस्ताक्षर करके "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेख हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर



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:
- 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.
 - 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 जायेगी कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) मिल सकता है या नहीं, हम स्वीकार करते हैं।
- यह कि हम या किसी और भी स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त नहीं करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमारा सिफारिश करने वाले, हमें सिफारिश करने वाले को सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा कोई भी सहायता या फंडिंग प्राप्त करने की जिम्मेदारी रोगी या हॉस्पिटल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुचारु और अन्य मामलों को पूरी निष्पक्षता से रोगी को सहायता प्रदान की जायेगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/09/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम & इलाका नं. के साथ-साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक 2

[Signature]