

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन फार्म)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

(आवेदन संख्या)

B/0925/1780

APPLICATION DATE :

(आवेदन तिथि)

10/9/25

NAME of APPLICANT :

(आवेदक का नाम)

Lakshammamma

AGE-YEARS (वय-वर्ष)

60

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

(पिता/पति का नाम)

w/o Lakshammamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)

D. Hosabath Janatha Colony Taneke

Taluk Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता)

-H-



Pre or past op
1780 Lakshammamma

OCCUPATION :

(व्यवसाय)

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

(कुल वार्षिक आय)

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

(क्या आप आय कर का दाता हैं? (को घटने हो उसे पर चर्चा का निराकरण करें।)

Yes / No

(हां / नहीं)

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्यों का नाम)	Age (Years) (वय (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से संबंध)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

(सहायता के लिए किसी आधार)

BPL Card (Attach Card Copy) (यदि कोई है तो इसे प्रमाण दें) (प्रमाण पत्र को आवेदन प्रमाण के रूप में)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (यदि कोई है तो इसे प्रमाण दें) (प्रमाण पत्र को आवेदन प्रमाण के रूप में)	Ration Card (Attach Copy) (यदि कोई है तो इसे प्रमाण दें) (प्रमाण पत्र को आवेदन प्रमाण के रूप में)	Any Other Basis/Proof (यदि कोई प्रमाण)
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

(सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)
①	Diagnosis: R.E. cataract L.E. cataract
②	Surgery: L.E. cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

(क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?)

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (कोई भी 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, यदि प्राप्त की जाती है, केवल प्रस्तावित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं करूँगा, जो भविष्य में मेरी आय से प्राप्त होगा, या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त होगा।

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/put-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.
- 3) इस प्रस्ताव या अर्शक प्रस्ताव या अर्शक को प्राप्त होकर, मैं (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में शामिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रस्ताव का उपयोग मेरे इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकार हैं।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के प्रसारित करने के लिए "कोशिका" द्वारा उपयोग किया जा सकता है। इस प्रस्ताव का उपयोग मेरे इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका" द्वारा अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ 엄

**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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की जा रहे हैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से प्राप्त न कर सकते हैं।
- 3) यह कि मैंने प्रस्तावित और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ली होगी, क्योंकि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हॉस्पिटल को अपने आप से भरपूर करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह स्वीकार किया जाता है कि हॉस्पिटल को सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
- 4) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरे रोगी/रोगी का चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव मेरी या मेरे रोगी का है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में मेरी या मेरे रोगी/रोगी का चिकित्सा और सुरक्षा के लिए मेरी या मेरे रोगी/रोगी की पूर्ण जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

Date of Surgery
अर्शक की तारीख

10/9/25

Dr. PREETHI B.K.

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

हस्ताक्षर का नाम के साथ स्टैम्प

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Authorized Signatory on behalf of Hospital)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योति बाबा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योति बाबा