

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Bonds of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1781

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kempamma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

60

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

W/O Narayanaappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)

Siddapuram, Hullekere post Tumkur

Taluk Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता)

-11



pre op post op

1781 Kempamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड (आवेदन के साथ जोड़ें) (आवेदन के साथ जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (आवेदन के साथ जोड़ें)	Any Other Basis/Proof आयु वर्ग प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मदद मिलनी चाहिए

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की प्रतियाँ
①	Diagnosis RE Cataract LE PCIO L
②	Surgery RE Cataract + PCIO L

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आयु वर्ग का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED क्या मदद मिल चुकी है

DECLARATION by APPLICANT (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दान करता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोडिका फाउंडेशन", से सही जानता हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से 100% तक रिफंड ले और 100% तक बीमा में दावा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 दस्तावेज़ पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप देना, मैं (अर्हक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हों, इसे "बोडिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, दान, समर्थन या अन्य उद्देश्यों के लिये प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा सके। इसका उपयोग "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिये कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस प्रकरण में "बोडिका" द्वारा दान, समर्थन या अन्य उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिये कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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, so 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 यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिये, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण के रोगी के लिये सहायता के लिये स्वीकृति देते हैं।

- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, इसलिए हम "बोडिका फाउंडेशन" से सहायता के लिये अनुरोध कर रहे हैं। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरक करने के लिये स्वतंत्र होंगे।
- 2) "बोडिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी और "बोडिका फाउंडेशन" के बीच होता है, जो "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हमारे यहाँ के डॉक्टर रोगी की सुरक्षा के लिये सहायता के लिये "बोडिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं देंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Senior Manager of Authorised Signatory)

OUTREACH BANGALORE**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

पता: इलाहाबाद

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/9/25

Dr. PREETHI E. X.

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

डॉक्टर का नाम, पता, इलाहाबाद और रजि. नं.

THIS FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: इलाहाबाद

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: इलाहाबाद