

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1423

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/9/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Narasamma

AGE-YEARS गण-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o. Lakshmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Lakshmi

Devarahalli Dabbehalli

Post Taluk Taluk Tumkur DISTRICT

Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

~11~

pre OP Post op
1423 Narasamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(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 करदाता हैं? (जो स्थिति सही हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / 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
①	Narasimha	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिये कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नीच दी गई चीजें प्रमाण दें (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें/संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें/संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया जोड़ें/संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

आवेदन हेतु कौन सा उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई डॉक्टरों की सुची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
②	Surgery LE Cataract + P.T.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए 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 जो राशि प्राप्त हुई है

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

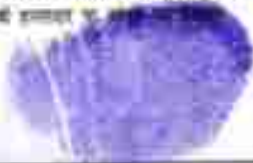
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उसके लिए नहीं हूँ, उस सहायता का अधिकतम वह व्यय किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT : (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "अर्शक" नाम, पता, फोटो, पता, सम्पर्क आदि सूचनाओं को उनकी वेबसाइट और सोशल मीडिया पर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के खर्च से बचने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जाकर अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अर्शक से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करनी। इस सम्बंध में "कोशिका" नाम के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL : (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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, 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" को निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारे हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे हॉस्पिटल और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए हमें किसी अन्य सहायता से बचाने के लिए किसी अन्य सहायता से बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमारे हॉस्पिटल को बचाने के लिए किसी अन्य सहायता से बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इस प्रकार से हमारे हॉस्पिटल को बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। इससे हमारे हॉस्पिटल को बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इससे हमारे हॉस्पिटल को बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इससे हमारे हॉस्पिटल को बचाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की छाप और हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

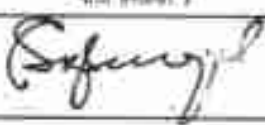
10/9/25

Dr. PREETHI D.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हमारे डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ स्टैम्प

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH, BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A UNIT of Shradha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(बायाँ हस्ताक्षर)


Vasanth Kumar
(Signature of Trustee 2)
(दायाँ हस्ताक्षर)

