

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
La'ling, Moh of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1784

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sarojamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o siddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Ugemahalli

Hirasa Hobli

Channarayana

Hassan District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- II -



pre OP post OP
1784 Sarojamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. जारी नहीं किया

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (को कानून की उक्त या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण-पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) कुपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Qualification अन्य कोई आधार
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मंजूर किसी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/वैद्यक से जारी की गई प्रमाणित दवा प्रमाण
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + ptol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई पत्र सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकरण में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाय्य निरास की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस व्यक्तित्व हेतु मैं सहाय्य की रहा हूँ, उस व्यक्ति का अधिकतम या कमसे कम किसी अन्य ऑर्गेनाइजेशन/सोसाइटी/कंपनी में न हो सहाय्य है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 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/republish 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दस्तावेज, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन, रेडियो, वेबसाइट, सोशल मीडिया और अन्य माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्रों से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के अंतर्गत से प्रकाशित है मुझे कदा: सहाय्य का इंतजार नहीं करना। इस प्रकरण में "कोशिका" दस्तावेज, पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार):**

- 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, 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त/उपरोक्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में प्राप्त न करीबत करने हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी प्रकार की सहाय्य या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, इसलिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहाय्य हेतु सिफारिश कर रहे हैं। यदि सहाय्य "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हम अपने अधिकृत को सहाय्य हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि सहाय्य किस प्रकार की होगी और कौन सा स्रोत होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार/रोगी का चुनाव करने एवं सहाय्य के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज शुरू और करने वाले को पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं सहाय्य की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत को सिफारिश करने वाला

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/9/25

Dr. PREETHI B F

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

हस्ताक्षर को नाम व इलाका व पिन कोड

Mr. LAKSHMIPATHI N

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए केवल)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक हस्ताक्षर 2