

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1790

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Venkatasubramanian

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o. Srinivasan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Kambalpalli

Srinivasapuram Taluk

Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- II -



pre OP post OP

1790 Venkatasubramanian

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. जारी किया गया है

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहाज प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहाज प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) कुटीर कार्ड (प्रमाण पत्र की सहाज प्रति संलग्न करें)	Any Other (Attach Proof) अन्य कोई आधार
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ
①	Diagnosed 26 cataract 16 cataract
②	Subsiding 1E cataract + PLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस 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 AVAILED कौन सा सहायता मिली

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य माना जाय तो मेरी अर्शिका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से, कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी के लिए उपयोग के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी के लिए उपयोग के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या मुद्रित छाप

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

- 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.

- हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में चर्चा की गई बातें हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो कि हम कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, कोशिका फाउन्डेशन द्वारा या किसी अन्य माध्यम से।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार और उपचार के चयन के लिए पूर्ण जिम्मेदारी लेनी होगी और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए घोषणा

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S. DO, FICO, FRCO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल के डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए कोशिका फाउन्डेशन)
Unit of Shuddha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2