

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Blocks of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1797

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sasivamangala

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Annaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

H. No

112

Humbeghatta

Hawakere

Hobli

Tiptur Taluk

Tumkur District

Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— 11 —

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coccolic

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

33,000/-

PAN No. सॉफ्ट कोपा संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मानें उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लीस्टेड कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
①	Diagnosis R.E. cataract I.E. cataract
②	surgery R.E. cataract + P.I.L.L

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो यह सहायता रही

 pre OP post OP
 1797 Sasivamangala

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 employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस की सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यही सुनिश्चित करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उपयोग को नहीं करूँगा, जो किसी भी अन्य एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/upload/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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा प्रसारण से मुद्रा प्रसारण और प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने में प्रसारित है मुझे नहीं। सहायता का प्रदान नहीं करना इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्रिकाओं के माध्यम से प्रसारित और प्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और के अधिकृत के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए ली जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना दिया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के प्रत्येक प्रकरण और उनके चिकित्सा की पूरी जिम्मेदारी हमें ही होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/9/25	<i>[Signature]</i> Dr. PREETHI B.S. MBBS, D.O., FICO, FPO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर: डॉ. प्रीति बी.एस. २	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name Designation & Stamp of Authorized Signatory) OUTREACH-BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए कोशिका फाउंडेशन)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आवेदक द्वारा) <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आवेदक द्वारा) <i>[Signature]</i>	