

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Back of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1804

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Parameshaiah

AGE-YEARS आयु वर्ष

M

SEX लिंग

75

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Rama Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Bisubhalla rivavanghatta post

Tiptur Taluk, Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

-11-



pre op post op
1804 Parameshaiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : पान संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (को मानें जो इस पर सही का विवरण दर्शाए)

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 से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसे कारण देंगे

BPL Card

(Attach Card Copy)

राश्ट्रीय निम्न आय वर्ग प्रमाण पत्र
(उपस्थित पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

RWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आयुक्तिकरण प्रमाण पत्र
(उपस्थित पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

अन्नपूर्णाकार्ड
(उपस्थित पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य दिखाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखर्च से जुड़ी कोई भी प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE P.I.O.L
②	surgery RE cataract + P.I.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी प्राप्त सहायता प्रती

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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं गलत जानकारी प्रदात किया जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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/quote/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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए, जैसे "कोशिका" दान, जागरूकता, पुस्तकें, उपकरणों से मुझे उपचारित करने के लिए और/या जानकारी के लिए किसी भी प्रसारण माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या किसी भी दूसरे को करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में मेरी स्वीकृति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" दान, जागरूकता और जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



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, 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, हमारा/होस्पिटल की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसेवा) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमसेवा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमसेवा के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमसेवा द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमसेवा अपने अधिकारों का उपयोग करके शेषता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करेगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमसेवा द्वारा की गई चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसेवा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसेवा में रोगी के हितों के लिए हमसेवा द्वारा की गई चिकित्सा प्रक्रिया का निर्णय रोगी एवं हमसेवा के बीच की "कोशिका" की कोई भी सहायता या प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Signature

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/9/25

Dr. PREETHI S
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. प्रीति एस. एन. के. इंदरपुरा, न. एन. 2

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)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आयुक्तक 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आयुक्तक 2

Signature