

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1808

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayakumar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Belurach

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता

H.No - 172 IC Harnasghatta at post

Nomanikere Hobli Tumkur District

Kannurataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

pre op post op  
1808 Jayakumar

OCCUPATION :

व्यवसाय

Carpenter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट बताएं

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

आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| ①                      | Daveesh H                                         | 30                         | M              | Son                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                        |                                                                                                                  |                                                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे आने पर<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसदानी कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>आप कोई प्रमाण |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी एक विकल्प का चयन करें:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई वीरिबेदन प्रतिलिपि संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Plaque in R.E. Cataract<br>LE Cataract                                                           |
| ②                      | Surgery LE - - cataract + PCI                                                                    |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली |
|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा योग्यता):**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दान करता हूँ तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो किसी भी प्रकार के और न ही सहायता के लिए आवेदन करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):**

- 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/informations 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस फॉर्म में दी गई हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मुझे मिलने वाली, दान, सहायता के पूर्ण उपयोग के लिए प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि इसका उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को केवल मेरे उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा। इसका उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका" द्वारा किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए प्रचारित और सहायता के लिए नहीं किया जाएगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

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

- 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.
- हम यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "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 प्रकार के रोगी या रोगी के मामले में प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के मामले में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के मामले में रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। इसलिए हमारे पास रोगी के मामले में सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/9/25

Dr. PREETI, B.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता

Mr. LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager  
Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
OUTREACH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Unit of Shree Eye Care Trust  
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
आवेदक की हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
आवेदक की हस्ताक्षर 2