

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

13/0925/1815

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Lalithamma

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Eghwarappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Maggondurgalle Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

11

PreOP PostOP
1815 - Lalithamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Homemaker

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर टिकी 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)

पांकी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र
(इसका पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(इसका पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्यता कार्ड
(इसका पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sl. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/वाकफ से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न

1

Diagnosis

TRE - Cataract
LE - Cataract

2

Surgery

LE - Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

करीब ₹1000000

DECLARATION by APPLICANT: जॉन्स डी वॉशिंग्टन

- 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 Kopriva 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "बोधित करता हूँ", कि जो भी सहायता मुझे कोप्रिवा फाउंडेशन की ओर से मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक किसी को नहीं दिया है, उससे नहीं का उपयोग या कबल किया किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 200)

- 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/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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए का करने की आवश्यकता है, (आवेदक) अपने नाम की सुरक्षा करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, या, सम्बन्धित दूरदर्शित में प्रसारित/प्रदर्शित और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में प्रसारित करने के पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्राप्त करने के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे प्राप्त, प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

APPLICANT'S SIGNATURE AND DATE



AGREEMENT by HOSPITAL (STAMP OR SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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.

[illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 submitted by the faculty

Mr. LAKSHMIPATHI M

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

अधिकतम १००० करोड़ रुपये तक

12/9/25

(Name of Dr. & Rath, No. with Stamp)

अथवा यह सूत्र है प्रत्यक्ष है कि, ३

FOR INTERNAL USE of KOSHIMA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अथवा समानता

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 3

2000

2128