

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925/1817

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Sulochanamma

AGE/YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

Basappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Halkurthi, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

13/0925/1817-Sulochanamma

OCCUPATION :
व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि लागू हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर एसेसि है (जो कानून हो उस पर 'X' चिह्न का निशान 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 से क्या संबंध
1.	Shivakumar	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

EPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रक्षा के नीचे उपाय पत्र (उपाय पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनोदी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cat + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गया है।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कहाँ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 विवरण सत्य नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस मददात हेतु मैं अपने आपको किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 fulfilment 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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रांक करने से मैं (अर्शक) यहाँ "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में घोषित है, इसे "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस फॉर्म पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान

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

- 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 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/contended 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 घोषणा, स्वीकार्यता की बातें से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं:
- 1) वह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी ब्यक्ति के उपचार या किसी अन्य मामले से अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर से नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु निवेदन कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से प्रसारित नहीं की जाती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में हमारा उद्देश्य यह है कि हमारा निर्णय हमारे उपचार के लिए कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने से नहीं प्रभावित होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे उपचार हेतु हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा उद्देश्य है हमें कोई प्रत्यक्ष सहायता और जो भी मदद मिलेगी उसे ही हमारे उपचार के लिये और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

Dr. PREETHI, B.K

M.B.B.S., D.O., FICO, FRCO

Specialist Cataract and Phaco

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पंजीकृत नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2