

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1828

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chopalappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Chinappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H. No 48/1, 3rd Cross, Kengunda Hallathur

B. COMPTREE

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-



pre op post op
1828 Chopalappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमोका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यकता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा से संबंधित डॉक्टर की पर्ची/प्रीस्क्रिप्शन प्रत संलग्न
①	Diagnosis RT Cataract LE Cataract
②	Surgery LE Cataract + pIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो मने सहायता मिली

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो उसे अस्वीकार किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु, यह उद्देश्य को नहीं है, इस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई हैं, उन्हें "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन व दूरदर्शनीय और पत्रिकाओं में दिये गये फोटो, भी प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार को पूरा करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो मैं सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत है उसे मात्र: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्रिकाओं के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.
- हमारा अधिकृत, हमारा यहाँ जो अंगूठे का निशान है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्तिय प्रपत्र में मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु प्रदान की जा रही है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट होता है कि अस्पताल वित्तिय प्रपत्र प्राप्त होगी कि किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, उसे या अस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का सुझाव देती है। अस्पताल को बीमारी का निदान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसलिए अस्पताल में लेने के प्रदान सुझाव और अपने चान की चान सम्बन्धी लेने एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या सिफारिश इस प्रपत्र में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

Dr. PRABHAT K.
IAESS DO. NO. 1100/2025
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व प्रमाण नं. और नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A UNIT of Sri Vidya Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम की हस्ताक्षर 1

Vasanth Kumar, Bangalore-52
नाम की हस्ताक्षर 2