

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925/1830

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Parvathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

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

Crangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Karkharalli, Tirthur, Tumkur
Hosangata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

H

OCCUPATION :
व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी अक्षर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	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/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - cat - PPEIOL

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 कौन सा सहायता मिली



PROF. P. P. P.
1830. Parvathamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपयोग की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त निशुल्क किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत बना दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उन्हें "कोशिका" एकत्र करने, पत्र, वाचनादि द्वारा प्रचारित से धुंधली गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने में दिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण मेरे प्रकरण को पढ़ने या मदद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्रदर्शनों में प्रयोग है। मुझे ज्ञात: सहायता का प्रकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र करने/प्रचारित के लिए अधिकृत और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ यहाँ से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में सहायता से सहायता करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई प्रयास किया जा रहा है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है। इससे यह स्पष्ट होता है कि हमारा हॉस्पिटल इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहा है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारा हॉस्पिटल इस सहायता से किसी भी प्रकार का प्रभाव नहीं डाल रहा है। इससे यह स्पष्ट होता है कि हमारा हॉस्पिटल इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Hospital)

Vasanthambal, Bangalore

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

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

डॉक्टर का नाम व इलाका नं. तब

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]