

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1856

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayalaxmi - S.M

AGE-YEARS (वर्ष)

57

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o. Muni. Veerappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Daddahimale, Malas (T) Yatal (O)

Palatole

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

OCCUPATION :

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो स्थिति सही हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Kampanna                                        | 50                         | F              | Wife                                          |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                          |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय कर वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>आवश्यकता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी कार्य/विशेष का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आपत्तिसिद्धि से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis - Lf - cataract<br>Rx - cataract                                                   |
| 2                      | Surgery - Rt - cataract + PUD                                                                |

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |



PHOP - part of  
1836 - Jayalaxmi

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता की राशि के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड लेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमत)**

- 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/print-up/produce 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 प्रत्येक पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, वास्तविक या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलेगी।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता का उपयोग नहीं किया। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित की गई किसी भी जानकारी को स्वीकार करने के लिए मैं सहमत हूँ।

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

अर्शिका की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)**

- 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 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.

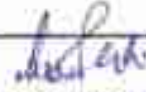
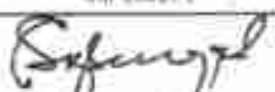
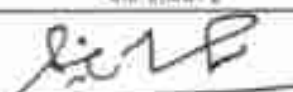
हम यहाँ घोषणा करती हैं, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में हम घोषणा करते हैं कि हमने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ली है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिए किया जाएगा। रोगी या रोगी के परिवार का चिकित्सा चयन केवल उनके चिकित्सक के द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है रोगी को सहायता प्रदान करने के लिए हमारे पास है और "कोशिका" को कोई भी दायित्व नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>अर्शिका की तारीख<br>16/9/25                                                                                    | <br><b>Dr. PREETHI JAIN</b><br>MBBS, DNB, FRCO, FRCO<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ | <br><b>Mr. LAKSHMIPATHI N</b><br>Senior Manager<br>(Name of Hospital's Authorised Signatory)<br><b>OUTREACH BANGALORE</b><br><b>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</b><br>(A unit of Shradha Eye Care Trust)<br>Vasanthnagar, Bangalore-52 |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>नामी हस्ताक्षर 1<br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>नामी हस्ताक्षर 2<br>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |