

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0925/1884

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Chikkamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

60

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

N/o Siddaramagouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास का पता

Antharapannapuleda dadda malavalli (r)

mudige (r) Kallatoki

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास का पता

Co

pre op - post op  
1884 - Chikkamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | Siddaramu                                         | 62                         | M              | Husband                                   |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे आया या<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें) | Rajeev Card<br>(Attach Card Copy)<br>राजिव रक्षा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ary-Bharat<br>Basis/Proof<br>आय का सबूत |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis 1- rc- cataract<br>2- cataract                                                          |
| 2                      | Surgery- 1- cataract + purl                                                                       |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |
|                        |                                                                                                   |

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु करने अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जा रहा है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED<br>जो लक्ष्य सहायता लगी |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

**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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/photoreproduce 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 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 पर मेरी सहमति का अर्थ है कि कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी "मेरी" नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस सहमति के बिना, कॉशिका फाउंडेशन और/या ट्रस्टी मेरी तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को कॉशिका फाउंडेशन और/या ट्रस्टी के बिना सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का निशान

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

- 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 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/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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे यहाँ, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा कॉशिका फाउंडेशन को सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि कॉशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए सिफारिश की गई है। यदि कॉशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) कॉशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव कॉशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए नहीं होता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए प्रमाणित

**Mr. LAKSHMIPATHI N****Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
**Vasanthanagar, Bangalore-52**

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

14/9/25

**Dr. PREETI B. J.**

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम (नं. सह स्टैम्प)

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नम्बर 1 हस्ताक्षर

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नम्बर 2 हस्ताक्षर