

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या :	13/0925/1909	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	24/9/25
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Lakshmanma	AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	75
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	n/b Marufahapper		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता			
Ardharashali Karalagali (H)			
Tumkur (D) Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			



pv op - part op
1909 - Lakshmanma

OCCUPATION : व्यवसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	☒ / ☐
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)	
PAN No. (यदि प्राप्त होना)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो भी लागू हो उस पर चली का विकल्प चुनें)		Yes (हाँ) 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 संबंध
1	Basavaleju	50	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tax whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) पीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस सीएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	☐ Rational Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ी गई प्रमाणित दवाइयों का प्रमाण
1	Diagnosis - RE - cataract 26 cataract
2	Surgery - RE - cataract + ptosis

ASSISTANCE BEING AVAILED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से प्राप्त लाभ है

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त हो रहा है

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरी आवेदन पत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रीबाइर्समेंट 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/post/upload/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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रसारण से "कोशिका" द्वारा उपलब्ध की गई किसी भी सहायता को प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे 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 sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकृत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोधित सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या चिकित्सा उपचार का चुनाव केवल हमारे हॉस्पिटल और डॉक्टर के बीच होगा और इससे कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी। इसलिए हमारे हॉस्पिटल को अपने संपूर्ण और पूर्ण ज़िम्मेदारियों को संभालना होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत द्वारा सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/9/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Srinatha Eye Care Trust)

Basavanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

असिस्टेंट ट्रस्टी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

असिस्टेंट ट्रस्टी 2