

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. : 15/0923/1923 APPLICATION DATE : 23/9/25

NAME of APPLICANT : Gowamma AGE-YEARS MONTHS : 70 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : N/o Krishnamurthy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 1/10 Krihanmurthy

Pamavara (N) Kalkatoli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 1/10 Krihanmurthy

OCCUPATION : ~~Housewife~~ Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)

PAN No. : (Attach PAN Card)

IS YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS (परीवार 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

RPL Card (Attach Copy) गरीबी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	Ration Card (Attach Copy) अनाज कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यक हेतु किने एवं बिलों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई डॉक्टरों की सूची
15	Diagnosis - RE p.c.s.d RE cataract
2	Surgery - RE - cataract + p.c.s.d

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त या हो

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु प्राप्त या हो



preop - postop
1923 - Gowamma

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.

4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत दावा/कथन दावा है तो मेरी प्रस्ताव निरास की जा सकती है।

5) मैं इससे पुष्टि करता हूँ कि यदि सहायता हेतु यह प्रस्ताव स्वीकार किया जायेगा, तो मैं इसका उपयोग केवल "उद्देश्य" के लिए ही करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।

6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो अन्य स्रोतों से न ही भविष्य में भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही करूँगा।

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/post/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.

3) इस प्रस्ताव पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक के रूप में स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का प्रचार में उपयोग करने का अधिकार है, जिसमें मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जो कोशिका फाउंडेशन को दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरणों का उपयोग करने की अनुमति देता है।

4) मैं (आवेदक) और अधिक स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी स्वतःस्वीकृत अधिकार नहीं मिलेगा। मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के लिए ही होगा, जो मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय लेगा। मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय लेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
(आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگू की छाप)



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 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/concluded 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.

3) मैं स्वीकार करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु निरास नहीं कर सकते हैं, बल्कि हम (हॉस्पिटल) को सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय लेना होगा, जो कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के लिए ही होगा, जो मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय लेगा।

4) मैं (हॉस्पिटल) और अधिक स्वीकार करता हूँ कि मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के लिए ही होगा, जो मेरी सहायता के लिए या उसका जारी रखने का निर्णय लेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
(स्वीकार के लिए अनुशंसित)

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Narayana Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
(ऑपरेशन की तारीख)
23/9/24

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(आवेदक द्वारा स्वीकार)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(आवेदक द्वारा स्वीकार)