

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building West of the

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1926

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

57

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

N/o madhach

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Channapille Koppale, Sijjipale mandya

Kulratat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Kulratat

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आप आय कर दाता हैं (जो नाम को उस या सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 क्या संबंध
1	madhach	56	m	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ
1	Diagnosis:- RE cataract LE- pterid
2	Surgery:- RE- cataract + pterid

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कहाँ से सहायता मिलेगी



pre op - post op
1926 - Lakshamma

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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी आवेदन पत्र तथा यदि मेरी सहायता मिलने की हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरी आवेदन पत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत(स)/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले और न ही कोशिका फाउंडेशन से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 1) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान, मैं (अर्शक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेख की, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस फॉर्म पर मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या प्रसारित करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या प्रसारित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**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/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.
- इहाँ अधिलेखित, हमारे द्वारा यहाँ पर सिफारिश करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा प्रक्रिया के चयन का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी की देखभाल, उपचार और सुरक्षा के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी, और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

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

(Name of the Hospital/Institution)

(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

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

डॉक्टर का नाम या इलाका के पते पर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

गोपनीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

गोपनीय हस्ताक्षर 2