

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0925/1940

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Madubairamm

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

N/A Beeraappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Jangrahaballi - Arasik (A) - Harman (A)
Kasratol

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : पैन संख्या

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

आम आय कर दाता हैं (जो स्थान को उभरे या नहीं का चिह्नित करें)

Yes / No

हैं / नहीं

FAMILY DETAILS : पारिवारिक विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य के लिए आवेदन:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जुड़े कोई भी डॉक्टर के प्रमाण पत्र
1	Diagnosis - RE - p.c.tol IE - Cataract
2	Diagnosis - IE - Cataract + p.c.tol

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा सहायता मिलेगी



pre-op post-op
1940 - madubairamm

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं सत्य सत्य प्राप्त बात है जो मेरी घोषणा पत्र में जो न सच है।
- 2) मैं इस बात को अवगत रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरी प्रार्थना के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में कोई भी, इस धन का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा वार्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या बाँजू का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक के द्वारा वार्ता करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, पत्रिकाओं, दूरदर्शन से सुनी गई विडियो और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा से इसका उपयोग करने या इसे न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में किसी भी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रपत्र में दर्ज हैं, प्रसारित हैं। प्रपत्र का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरणों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या बाँजू का छाप

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

- 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 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 की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करींगे/करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हमें स्पष्ट करना चाहिए कि सहायता वित्तीय प्रकार से प्राप्त करींगे/करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था है। हॉस्पिटल को रोगी का उपचार करना और रोगी की सुरक्षा सुनिश्चित करने की पूरी जिम्मेदारी होती है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। हॉस्पिटल को रोगी का उपचार करना और रोगी की सुरक्षा सुनिश्चित करने की पूरी जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of Authorised Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदनक 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदनक 2

Safaryal