

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Health of Life
APPLICATION No.
आवेदन संख्या

B/0925/1968

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

25/9/21

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Kathamma

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

Durgalah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

A. Lalaburam, Tugan
Kamathur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

11

OCCUPATION
व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

 IF YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable):
 यदि आप आय कर देता हैं (जो नाम हो उस पर तिकी का निशान 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आता हूँ (आता हूँ की जांच की जायेगी)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (आता हूँ की जांच की जायेगी)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (आता हूँ की जांच की जायेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लक्ष्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE Cat + PCICL

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कई रूप में सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया हो तो मेरी आसन्न सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीकम्बर्समेंट ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

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-up/produce 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 बायाँ हाथ का छाप देकर मैं (आवेदक) यहाँ सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताये गये, उन्हें "कोशिका" द्वारा, मौखिक, दूर, अक्षरमय या अन्य माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकार हैं। वे इस फॉर्म पर मेरे विवरण को इससे पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के अधिकार हैं। इसका मतलब यह है कि "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के अधिकार हैं। इसका मतलब यह है कि "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के अधिकार हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं या ले रहे होंगे, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने शेष खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा कर सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। हमारे चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए योग्य

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Sri Lanka Eye & Ear Trust)
Vasanthnagar Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

DR. PRADEEP B.S.
M.D.B.S.DC.FIHO.FF30
Solely for Clinical and Patient
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर और डॉ. का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]