

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1979

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Savithamma.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

N/o Nangegaru

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Kolaragatti

Hannanthapur.

Hannanthapur

Kolaragatti

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

to

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. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

RPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण दें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असम आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण दें)	Ration Card (Attach Card Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण दें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उम्मीदवार सूची प्रमाण
1	Diagnosis - RE - cataract
2	RE - cataract
3	Diagnosis - RE - cataract + pcat

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

pu op - post op
1979 - Savithamma

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी देता हूँ तो मेरी मांगी गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूरी या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी से 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/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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिये प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दवाइयों, दान, चिकित्सा सुविधा प्रदान करने में मुझे लक्षित करने और जानकारी के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रयोग करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी गई सहायता

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये मांगे जा रहे हैं, अंतिम और स्वीकार्य होंगे। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के बिना "कोशिका" दवाइयों, दान, चिकित्सा सुविधा प्रदान करने के लिये अधिकृत होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ की मुद्रा

**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.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं कि:

- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम स्वीकार्य करते हैं कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिये कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें कोई वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता के लिये हमारे पास वित्तीय सहायता के लिये कोई भी अन्य स्रोत नहीं है। हमारे पास वित्तीय सहायता के लिये कोई भी अन्य स्रोत नहीं है। हमारे पास वित्तीय सहायता के लिये कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए स्वीकृति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**

(Name of Authorized Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Saradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/9/25

DR. PREMA B.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर और नाम के साथ मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATIONSIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2