

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

B/0923/1987

APPLICATION DATE /

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT /

आवेदन करने वाले का नाम

Rajamma

AGE-YEARS /

वर्ष-वर्ष

70

SEX /

लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME /

पिता/सहोदर का नाम

N/o Raju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS /

वर्तमान निवास पता

Chingra

Kasapmangala (P)

Mandya (P)

Kalyanapur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS /

स्थायी निवास पता

Kalyanapur

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. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय कर का दाता हैं? (सबसे उपयुक्त विकल्प को चिह्नित करें)

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 आवेदन करने वाले का संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन करने के लिए निम्नलिखित कारण

☒ PwL Card (Attach Card Copy) पारिवारिक स्वास्थ्य कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☒ Pension Card (Attach Copy) पension कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☒ Any Other Basis/Proof आप कोई अन्य आधार/प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु किसे पैसे किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न की गई हैं या नहीं प्रमाण प्रस्तुत करें
16	Dengue - RE - treated JE - PCTA
22	Surgery - RE - treated + PCTA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे और कब से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED पैसे का प्रमाण प्रस्तुत करें



PR of post op
1987 - Rajamma

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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वीकार्य एवं ग्राह्य है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद, किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, दस्तावेजों द्वारा प्रसारित करें, मुझे चिकित्सीय और प्रशिक्षण के लिए किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न करने अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे सहायता का इलाज नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमने अधिकृत, हमारे हस्ताक्षर की ओर से अनुमति/परीक्षा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से वितरित की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रसार से प्राप्त न अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वितरित/प्राप्त किया है, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं अधिकृत/प्राप्त से अनुमति नहीं दिया जाता है जो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि सहायता वित्त प्रसार के लिए सहायता से वितरित की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा सकती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे स्वयं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय केवल केवल प्रसार और अन्य स्रोतों से प्राप्त सहायता को प्रभावित नहीं करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****SHREE SRI SIVA SANKARA & EYE HOSPITAL****(A unit of Shree Siva Sankara Eye Care Trust)****Vasanthangar, Bangalore-56**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/9/25

NAME OF DOCTOR FOR
Specialist Consultant and Professor
Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पता, पं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक द्वारा स्वीकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2