

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : 80925/1992 APPLICATION DATE : 26/9/21

NAME of APPLICANT : Sarojamma AGE-YEARS : 57 SEX : F

FATHER/HUSBAND'S NAME : Mr. Chikka-Ankappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Chinga, Nagamarg, Ward No. 10, Kalkata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Kalkata

OCCUPATION : Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)

PLA No. : (Attach Copy)

Are you an INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes () No ()

FAMILY DETAILS (Tick whichever is applicable)

Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Chikka-Ankappa	62	M	Spouse

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPC Card (Attach Card Copy) गोबी रेखा के नीचे आता है (अलग या भी साथ ही जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (अलग या भी साथ ही जमा करें)	Billion Card (Attach Copy) अपेक्षा कार्ड (अलग या भी साथ ही जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो भी संबंधित दवाई जमा करें
1	Diagnosis - RE - Cataract 2 - Cataract
2	Diagnosis - RE - Cataract + Presol

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

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता कितनी
------------------------	---	--



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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रकरण को निरास करने की आवश्यकता है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता की है, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, वक्तावली, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण कोशिका फाउंडेशन के पत्रों या पत्र में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित किया जाएगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना कोशिका फाउंडेशन के अनुमति के प्रकाशित करने से मुझे कोई भी अधिकार नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन का फैसला इस मामले में "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, वक्तावली और अन्य माध्यमों का प्रसारण और विवरण अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार):**

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, हस्ताक्षर की और से भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में प्रमाणित करते हैं:

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता की मांग करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारी ही जिम्मेदारी है और हमारे पास ही रोगी का भविष्य है। कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने से हमारे रोगी का भविष्य नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने से हमारे रोगी का भविष्य नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने से हमारे रोगी का भविष्य नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name of Hospital & Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shree Kalyan Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/9/25

DR. PREETHI B.R.

M.B.B.S., D.O., FRCGP, FRCR

Consultant Ophthalmologist and Pediatric

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

हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2