

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B11025/2018

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gowdamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

W/O Boregowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Mahakadode Village Gorur
Chalki Kasaba Hobli Madhura Taluk
Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

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

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न 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 cataract + p.c.t. a

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि



pre op post op
2018 Gowdamma

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.

- १) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में बिदे एवं यही विचार मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जात है तो मेरी सहमति निराव की जा सकती है।
- २) मेरे द्वारा जो सहमति प्रति "कॉपिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उच्च स्तर पर की पूर्ण के बिन्दु किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भग गया है।
- ३) मैं पुनि करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रतीक्षा की गई है, उस प्रति का त्वरित या सकल विवरण किसी अन्य कोटिनिगेसकयोग सम्बन्धी से न ले लिया है और न ही बहिय में रखा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of this "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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का उत्तर दस्तावेज या जगहों को साफ़ साफ़कर दें : (अर्शेदक) अपने जगहों को सुरक्षित करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके माननीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कॉशिका" प्रकल्प नामों, घर, पता/पता दूसरी उद्देश्य से चुनौती परिधि/विधि और दस्तावेजों के तहत किसी भी प्रकार प्रकाश में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण या दस्तावेज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व माननीय अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापुरुष को उद्देश्य से अधिकृत है चुनौती करता है। दस्तावेज का उपयोग नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" प्रकल्प उसके माननीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका कर्मचारी या आपका मित्र



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 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.

हमारा अधिष्ठाता, हमाराही को जेल में चमकेलेले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य न मानता करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमself और न ही अधिकतर में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के अधिकतर में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतर/संस्था हेतु मदद की किताब बात है तो अधिकतर किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में मान्य कहा जात है कि अधिकतर वित्तीय मदद उठा लेनी/पाने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/पाने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी एवं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेनी पर हमself द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमself में लेनी के इरादा सुनिश्चित और जाने जाने की कोई निमित्त/पाने लेनी एवं हमself को लेनी और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या निमित्त/पाने हम पाने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतोक्तं च लिख्य संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shree Eye Hospital Trust)

Vasanthanagar, Chandrasekhar52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/10/25

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

हाफ्टर का नाम कि हस्ताक्षर व रीति है

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी इम्तक 2

Erasmus

list