

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: B/1025/2029

APPLICATION DATE: 9/10/25

NAME of APPLICANT: Saraswathi

AGE-YEARS: 65 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: K. Kalyani



Pre-op post op
2029 - Saraswathi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No. 49, Heggaoliganna Bazaar, Near U. G. Road, Kote, Tiptur Taluk (A) Kuvana Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as present address

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)

PAF No. (यहाँ खाली रखें)

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

Yes / No

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Vijay	37	Male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(अन्य कोई प्रमाण)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis: RF - Catrict, LF - Catrict
2	Surgery: RF - Catrict + PCLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DSS	20000

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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। और कोई विधान एवं कानून अथवा प्रावधान है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

(2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में था गया है।

(3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-on-line/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.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों का या अपने को सार लागू, मैं (अवेरक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्टेजिन और इसकी ग्लोबल" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, जहाँ, फोले और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" दण्ड ग्लोबल, पत्र, याचना/या दूरी इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उत्पत्ति/प्रयोग के निम्न विधियों की प्रसार गतिविधियों से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तरों को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कार्टेजिन" व ग्लोबल अधिभूत है।

2) मैं (अवेरक) इस बात से प्रभावित हूँ कि मेरा नाम, जहाँ, फोले और विवरण को कि महापत्र की इत्यादि से प्रभावित है मुझे सहायता का इच्छुक नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड उत्पत्ति ग्लोबल या निम्न गतिविधियों और अधिभूत होता:

आविष्कार के सम्मानार्थ का पदोद्वेग का विधान

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.

हमारी अधिकांश, हालांकि थोड़ी और से सामंजस्यपूर्ण को "कोशिका पाठ्यपठन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसका) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका सायन्ड्रोस" से ली गई साक्ष्य केवल लिपि प्रकृति की है। एंग्रे का इस्पताल इस से यह साबित या किने गये उपचार/इन्फेक्शन का प्रभाव एंग्रे एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका सायन्ड्रोस" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में एंग्रे के इलाज प्रभाव और अपने बच्चे की जल्दी बिम्बेदारी एंग्रे एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Strabos Eye Care Trust)

Vasanthakumari, Vasanthakumari

क्यान्सरिक उपचार हेतु

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

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

2016-17-18

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्राक्षरः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

गणेश २