

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1025/2052

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramasethy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Thimmashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Doddamallughatta, Bangalore, Hassan District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- 4 -

pre OP post OP
2052 Ramasethy

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

AN No. स्वयं खता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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
①	Sushdamma	60	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरीय सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ती गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा दावा सत्य है तो मेरी सहायक निधि को यह सख्त है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि प्राप्त की गई "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी यह सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह उद्देश्य को नहीं हूँ, इस सहायता का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

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/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 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एवम् नामों, ठेका, पता/पता/पता उद्देश्य से जारी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशित मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न अपनी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सहायक में "कोशिका" एवम् इसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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:

- 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.
- 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 सहायक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी यदि यह सहायक "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मर उसी रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

- "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में मेरी यह सहायता सुरक्षित और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सहायक में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Dr. PREETI
MBBS, MD, FRCR
Specialist Consultant and Pediatric
Ophthalmology
TRMC Reg. No. B5865
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा न.

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Institute for Ophthalmology & Vision
(A unit of Sri Lanka Eye Society Trusts.)
18/M, Thirumala Road, Madurai, Tamil Nadu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]