

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1025/2084  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 10-10-25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lakkamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 66  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: N/A Chekkanna  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: R.M.C. yard near house, Tiptur  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Tumkur (D) Karnataka  
स्थायी आवासीय पता



Pre op post op  
2084-Lakkamma

OCCUPATION: Home maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रदान करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये कितने आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिचय पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
①	Diagnosis RE- Cataract LE- PCDL
②	Surgery RE- Cataract + PCDL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य में 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 सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

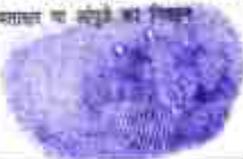
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता दिया है।
  - 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार का प्रतिफल या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायी, पत्र, साधन/माध्यम द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी प्रतिक्रियाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बिना मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है उन्हें स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

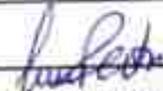
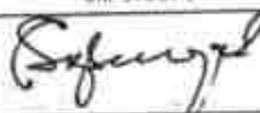
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किम्वं हस्पताल (हस्पताल) वित्त प्रकरण से लाभ न जोड़ता करता है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/कर्मचारी हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अन्य स्रोतों/सिफारिशों के बिना अन्य किसी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट भना जाता है कि सहायता वित्तीय मात्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>10/10/24</b>	 <b>Dr. PREETHI. B.K.</b> M.B.B.S. D.O. F.I.C.C. F.P.C. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इच्छा का नाम व इच्छा का पता न.	 <b>Mr. LAKSHMIPATHI N</b> (Name, Designation & Title of Authorised Signatory) <b>Senior Manager</b> <b>OUTREACH BANGALORE</b> <b>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</b>
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Shri. Vasudeva Eye Care Trust)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संस्थापक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संस्थापक 2 