

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1098/2008  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11-10-24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Prakash  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 53 वर्ष  
SEX m लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Puttallugabai  
पिता/पत्नी का नाम



Pre op post op  
8098-Prakash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No 223, Bidhanakote, Koppachi

Mandur (C) Mandur (C) Tatakark

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: साथी

OCCUPATION: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 18000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. साथी

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|---|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु लिये गये निशानों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| ①                      | <u>Dignosis</u> RF - <u>Contract</u><br><u>Contract</u>                                      |
| ②                      | <u>Surgery</u> RF - <u>Contract + P.I.C.L</u>  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौी वर्ष सहायता राशी |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
  - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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

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/print-uplift/produce 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 पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों। इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन. एम्प्लॉयी द्वारा उद्देश्य से दुरी लक्ष्य/पुस्तक और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के उपलब्ध हो जाने या मेरे इलाज के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित नहीं किया जा सकता। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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

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 और से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव में मांग में स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संपन्धन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहीन अतिरिक्त/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य भी सहायता संपन्धन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संपन्धन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संपन्धन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेती एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सही जिम्मेदारी लेती एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
11/10/20

**Dr. PREETIL B. B.**  
M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.F.C.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Shalada Eye Care Trust)**

**Vasanthpuram, Bangalore-52**

SIGNATURE OF TRUSTEE 1  
भरोदारों हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE OF TRUSTEE 2  
भरोदारों हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*