

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation

Ref: Koshika/2024/1103

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/1025/2103**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **11-10-25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Puttamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **50**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: **W/O Ninge Gowda**



Post op post op  
2103 - Puttama

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**Belathur (X) Koppa (H) Mandur (C)**

**Mandya (M) Koppa (H) Mandur (C)**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**\_\_\_\_\_**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: \_\_\_\_\_  
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू 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 के साथ सम्बन्ध
①	<b>Ninge Gowda</b>	<b>53</b>	<b>M</b>	<b>Husband</b>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<b>Orthopedic</b> <b>RF - PCDL</b> <b>LF - Cast</b>
②	<b>Surgery</b> <b>LF - Cast + PCDL</b>

**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 की गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा परः)**

- 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 विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरे द्वारा प्राप्त किये गये सबकी है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मददक हेतु या इसके बाद में, इस मदद का जमाव या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और नहीं किया जायेगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करार)**

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उसे "कोशिका" एनएम न्यासी, एनएम, या सार्वजनिक रूप से इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों और उपकरणों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम न्यासी का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (रिफरेंस द्वारा करार)**

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 को और संभावित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उभर सके/प्राप्त में मेरी या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषयि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमसब को किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब को वित्तीय मदद उक्त स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

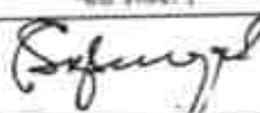
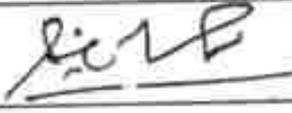
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव विधि प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या विधि गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य खर्च को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णतया या किस्मेटरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संसृति

*Lakshmi*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/10/21	 Dr. PREETHI B.K. M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.P.O.I. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल का टिप्पण	Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation of Authorised Signatory) Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (Name of Hospital) (नाम, पद, इस्तेमाल का टिप्पण)
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	Vasanthamma Bangalore-52 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---