

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/1025/2104  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/10/25  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: marugamma  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70  
 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/O Kempegasala  
 पिता/सहोदर का नाम



Preop postop  
 9104 - marugamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ~~Thumpina (M) Koppa (H) Maddur (M)~~

~~Mandya (M) Korusatalle~~

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: ~~\_\_\_\_\_~~

OCCUPATION: Home holder

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: \_\_\_\_\_  
 वार्षिक आय (Attach Proof of Income)

PAN No. \_\_\_\_\_  
 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 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 संबंध

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विकार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnostics RE - Cataract CE - Cataract
②	Surgery RE - Cat + PTEROL

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 ती गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक ड्रा फॉरम पर:**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरे आग्रह निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सही "कोशिका फाउन्डेशन", में भी जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक ड्रा फॉरम)**

- 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/post-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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अपनी जानकारी को यहाँ पर बताना हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जाहरी, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकरण का उद्देश्य मेरे इलाज के खर्च को कम करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेना है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ड्रा फॉरम)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर/होपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/किये गए उस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अवकाश हेतु प्रमाण नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस यहाँ पर बताना है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार या चिकित्सा के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने खर्च को पूरी जिम्मेदारी लेते एवं हमारा रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/10/24	Dr. PREETI B. S. M.B.B.S. D.O. SIDDHARTH (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL
--	--	--

TNMC FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Shri. Arduha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	Vasanth SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2