

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1025/2118
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Vasantha Kumari
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 63
उम्र-वर्ष

SEX: F
लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: C/O KJ BH. Basavaraju
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Matada Street, Belachawode, Gundalpet (T),
वर्तमान आवासीय पता

Channarayana Nagar, Fainchokka.
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Pre OP 2118 Post OP Vasantha Kumari

OCCUPATION: Home Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मध्य 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 के साथ सम्बन्ध
/				

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विषयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखिर से जारी की गई दवाखिर/सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE Cataract LE Cataract
2	Surgery - LE Cat + PCIOL

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 तो गई सहायता राशि
/		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा करेग)

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके वापस करने के लिए, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करेग)

- 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.
 - 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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से इकट्ठा करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का प्रयोग मेरे इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए उल्लेखित हैं, उन्हें केवल "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा ही प्रयोग किया जा सकता है। इस सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा उल्लेखित उद्देश्यों के पूर्ण होने तक सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा उल्लेखित उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेग)

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 any other 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता के लिए मांगे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मांगी नहीं जा रही है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/रोगी के लिए मांग सकते हैं। इस प्रकार हमें सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट करता जा रहा है कि सहायता वित्तीय रूप से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने के लिए जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PREETHI B.K.
 M.B.B.S., D.O., F.I.C.M.S.,
 Specialist Cataract and Refractive
 Surgeon

Mr. LAKSHMIPATHI N
 Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
 (Name, Designation & Title of Authorised Signatory on behalf of Hospital Trust)

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/11/25	Ophthalmology TMMC Reg. No. 85886 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व इलाज का विवरण	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (Name, Designation & Title of Authorised Signatory on behalf of Hospital Trust)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2