

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1025/2126
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Gowdamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 59
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : N/o Puthaswamappa
पिता/सहस्रपति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
Balebanadi(V), 728kanamb, Gundalpet(V),
Channarayana(V), Karnataka.
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता



Pre OP 2126 Post OP Gowdamma

OCCUPATION : Home maker.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. :
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर 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 के साथ संबंध
1	Puthaswamappa	74	M	Husband.
2	Ravi	57	M	Son.
3	binjamma	28	F	Daughter-in-law.
4	Chitanya.	08	F	Grand Daughter.
5	B.R. Yashwanth	03	F	Grand Daughter.

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रस्तुत करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

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

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. 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 करें:

- 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.
- 4) मैं 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 सहायक निरास की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले और न ही बीमा में मुँह

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-up/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकरण पर आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, साधक/पत्र द्वारा उद्देश्य से मुझी लक्षितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण को प्रकाशित करने या कर दे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोधी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे तथा; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्ब्लम, चित्रों, चित्रों का प्रयोग और साधक/पत्र होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को इलाका या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
 - 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.
 - 3) इसमें अधिकृत, इलाका की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में पान्य व स्वीकार करते हैं।
 - 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या न ले रहे हैं, बल्कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मुझसे नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/लेगी।
 - 5) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सहायता वित्तीय सहायता की है। रोगी या इलाका द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाका के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाका में रोगी के इलाज सुरक्षित और उसे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाका की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय/रोगी इस सम्बन्ध में नहीं होगा।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति</p> <p>Dr. PREETHI Specialist in Obstetrics and Gynaecology MCh Reg. No. 85885</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.</p>		<p>Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & ENDOCRINE HOSPITAL (A unit of Koshika Foundation Trust) Vasanthnagar - Bangalore - 52</p>
<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/25</p>	<p>(Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory) हमारे द्वारा हस्ताक्षर/अधिकृत/सहयोगी</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---