

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 5/1025/2191
आवेदन संख्या : 5/1025/2191

APPLICATION DATE : 4/10/25
आवेदन तिथि : 4/10/25

NAME of APPLICANT : Sarojamma
आवेदक का नाम : Sarojamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Kaniggappa
पिता/कन्यका का नाम : w/o Kaniggappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 83, Karaha (H), Kandeogala, Bettahalli, Gundalpet Taluk, Channarayana (M), Karnataka.
वर्तमान आवासीय पता : H.No. 83, Karaha (H), Kandeogala, Bettahalli, Gundalpet Taluk, Channarayana (M), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी आवासीय पता :



Pre OP 2141
Post OP Sarojamma

OCCUPATION : Home maker.
व्यवसाय : Home maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. :
आयकर संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप 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 सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितने 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 type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने दिवसी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पृष्ठी संलग्न |
|---------------------|--|
| ① | Dialysis - RE Cataract. RE Cataract. |
| ② | Surgery - RE Cat + PCTOL |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता ली गई |
|---------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

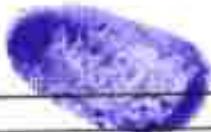
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. If any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रमाण पत्र का साथ है तो परंतु सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले ली है और न ही लेने का इरादा है।

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/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 में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के साथ "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को "उद्देश्य" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा प्रचार/प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने के लिए सक्षम करता हूँ। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए सक्षम है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए सक्षम है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, उन्हें सहायता के प्रदान करने के लिए सक्षम है। इस प्रकरण में "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा सहायता के प्रदान करने के लिए सक्षम है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर 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 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 अधिष्ठाता, हस्पताल की ओर से प्राधिकृत/पंजीकृत को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिक/सकल हेतु सक्षम नहीं किया जाये तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जायेगी और सहायता के लिए सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही प्राप्त करके उसे उपचार/उपचार का चुनाव करेंगे एवं हस्पताल को सही का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

(Signature)

| | | |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19/10/25</p> | <p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. PREETI N Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology TMC Reg No 85861</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p><i>(Signature)</i></p> <p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital Trus.) (A unit of Shri Chandra Eye Hospital & 18/N, Thiruvananthapuram Road, Bad Aras</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>(Signature)</i></p> | <p><i>(Signature)</i></p> |