

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/1025/2292		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 29/10/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Shanthamma		AGE-YEARS : वयस-वर्ष :	SEX : लिंग :
		60		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Shivegowda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Lalankere, Grandi, Hassan Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : 11					
OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : PAN No. : आपका पैन संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर 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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1	Diagnosis KE - Cataract LE - Cataract				
2	Surgery KE - Cat + PCIC				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE कितनी सहायता मिल रही है	

DECLARATION by APPLICANT: जावेद इम संभव है:

- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement or grant of assistance for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य यथा "कोशिका अकाउंटिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में बता गया है।
- 3) मैं पुनः बताना हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रश्नों को रखा है, उस प्राप्ति का शारीरिक या वित्तीय दिनांक किसी अन्य प्रोत्तिविकसकीय कार्यवाही से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।
- DECLARATION BY APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

AGREEMENT by APPLICANT (सहमत करणारा अर्जदार)

- 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/print-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके मान्यता प्राप्त सदस्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में दीये जा रहा है, उसे "कोशिका" दफ्तर, मासिक, वार्षिक, वार्षिक रूप से उद्देश्य के जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विशालाख में इनके उपयोग के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व मान्यता प्राप्त सदस्यों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मासिक के उद्देश्य के प्रयोग हेतु भेजे जायेंगे, सहायता का इस्तेमाल नहीं करायेंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" दफ्तर उनके अधिकारियों को निर्णय लेना और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उत्पादों का केंद्र बनाना या खरीदें या विक्रय

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

हमारे बीच, इनकाही की ओर से मधुसे/सेरी को "बोशिका पाठाने" से जेलियन बहाव होतु विमर्शित की जाती है, जिसे हम (हमनाम) जिन जमान से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकृत, इलाहाबादी की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका काउन्टेरा" में विविध मातृका हेतु निम्नलिखित की जाता है, जिसमें हमें (अपवादित) के रूप में प्रमाणित किया गया है।
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही कोशिका में विविध मातृका किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तर पर उच्च दौड़/पावले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेरा" में निष्कर्ष/चिन्हित करने के सम्बंध में "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा सहायता विधि कोशिका/सकल हेतु समझ नहीं किया जा सकता है तो अपवादित को किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्भावना से सहमत लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अपवादित स्थिति पर उच्च दौड़/पावले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगाएंगी।
2. "कोशिका काउन्टेरा" से जो यह सहायता संग्रह विविध प्रकार की है। सभी या कमजोर द्वारा ही यह मातृका या बिन्दु पर उपचार/प्रक्रिया का मुख्य योग्य एवं हस्तागत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्तागत में लेने के इच्छा मुक्त और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्तागत की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- 

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery

29/10/25

Dr. PRAEETHI. B.K
M.B.B.S., D.FGO, FPOS
Specialist Consultant and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
0869-2749400 / 0869-2749403

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
DIAGNOSTIC CENTRE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राप्ती इच्छा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ग्यासी हस्ताक्षर 2