

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/1125/2724

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/11/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkatalakshamma 50 F

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

W/o Ramaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kichehambadi Hakevora Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

-11-



preop postop

2724 venkatalakshamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय करदाता हैं (जो मान्य 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विमर्श 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 cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

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) ये धोखा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका भंडारोत्पत्ति", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णित करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता को यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सार्वजनिक विस्तार किसी अन्य कोटि/नियोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर का अङ्कन को छात्र लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायी, दण्ड, वाचना/य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આગેદંત બે હમતાલર થા અંગેઠે આ પિરાન

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हमलाहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाटने/शम" से बिलिय सहायता हेतु भिन्नार्थित की जाती है, जिसे हम (हमस्यल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उठाएंगी/पायल में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से भित्तिरहित/विहीन उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो चुके हैं। फिर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहीन अर्थिक/सहायता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाया कि अस्पताल द्वारा मरद उठाएंगी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा ही गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने खर्च को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थिति

$$28 \mid 11 \mid 25$$

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व प्रत्यक्ष नं. सहि. म.

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
OUTPATIENT BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shiraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामसी हस्ताक्षर 2

Exchanged

Rich