

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

Pre op Post op
Yashodamma 3084

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B10125/3084

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/1/2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yashodamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o Lakshmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

manakene Hennavalli Hobli Tiptur

kotanakurhalli Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. न्याय का संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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)	☐ Pension Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract - (E cataract -
②	Surgery U-... + PL... ...

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 ली गई सहायता राशी
①	UBA	8000/-

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 शेषका कला हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निराश की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कोरिफा काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता मैं/या प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अधिकार या सकल हिस्सा किसी अन्य व्यक्ति/व्यक्तियों/व्यक्तियों को न तो दिया है और न ही भविष्य में दिया।

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/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.

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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउन्सिल और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचक/वाच्य दूरीय उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ के पहले या बाद से करने के लिए "कॉशिका काउन्सिल" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके कर्मों द्वारा आप अपने स्वयं के भविष्य का निर्माण कर रहे हैं।



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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मामले/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलीन सहायता हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से ध्यान व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो रॉयल और न ही अधिनियम से विलीन सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रंगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालय/विश्वी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विलीन अतिरिक्त/विकसित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रंगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोग/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विलीन प्रकृति की है। रंगी पर हमसाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसाल में रंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की घाटी जिम्मेदारी रंगी एवं हमसाल को होगी और "कोशिका" की कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती चां लिप संस्तुति

अपरोक्ष को तारीख

Dr. Laxmi Dorennaveer
MBBS, MS, FPRS, FIC
Consultant: Phlegm & Ref
KMC No. 902

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्तस्थान २

Exempel

Self