

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 13/0126/3307 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 28/1/26

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Suraiya Begum AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कसूम का नाम: W/O T. Iyas pasha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवसरोप पता: H. NO - 6195 Sakkaru Mandi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवसरोप पता: Masid, Devara Jivanchalli Bangalore Karnataka



pre OP postop  
3307 Suraiya Begum

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 24,000/- (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

\*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं  No

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	T. Iyas pasha	30	M	SON

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा हो नीचे दर्ज 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) रसमोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 प्रक्रियेपत्र सूची संलग्न
1	RE cataract LE cataract
2	Surgery RE cataract + PCTOL

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दूर संभव पर:**

- 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 संस्था करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य बता है तो परसे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से संस्था को "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, जो केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं करूँगा, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लेंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दूर संभव)**

- 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमाण में संकेतित है, उसे "कोशिका" दूर संभव, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रमाण का विवरण मेरे इलाज के खर्च या खर्च से कमाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस प्रमाण में "कोशिका" दूर संभव इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दूर संभव)**

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, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना उधार से पैसे या सहायता करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं/असमर्थता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से नही मांगे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मांगे सहायता या बिना सहायता/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उनके जीवन को पूरी जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल को हाथों और "कोशिका" को कोई पुष्टि या सिफारिश इस प्रमाण में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**  
Authorised Signatory  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vasanthnagar Bangalore-52

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
**28/11/2024**

**Dr. PREETHI**  
MBBS, DCO, MCh, FRCO  
Specialist Cataract & Refractive  
Ophthalmology  
(Name of Dr. & Regr. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> रक्षक 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> रक्षक 2