

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 3322 / 10126 / 13322 APPLICATION DATE: 28/1/26

NAME of APPLICANT: Jawanamma AGE-YEARS: 70 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Lingeyouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Hittanahalli Koppalu, Keregavatu

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Hobala Malavalli Taluku Mandya Co. DISTRICT: Kurnool

OCCUPATION: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)

PAN No.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery LE cataract + p.c.i.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
/		



DECLARATION by APPLICANT: (अर्क्षक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी सहायता निरस्त करे या रद्द करे।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, जो केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जानी चाहिए, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक 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/republish 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" शुभम् न्यासीयों, डॉ. बसवन्नाथ दामोदर से जुड़ी पब्लिसिटी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में इसका कोई प्रभाव या बाधा नहीं होने का मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निष्पत्ति में उपलब्धियों से अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में इसका कोई प्रभाव या बाधा नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" शुभम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्क्षक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की अंगूठे से हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने का मैंने कोई भी प्रयास नहीं किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त रोगी/रोगी के सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद नहीं मिलती है, तो हमें सहायता निरस्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लेने का कोई भी प्रयास नहीं करेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या उपचार के उपलब्धियों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने नाम की अंगूठे/हस्ताक्षरों को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रमाण या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

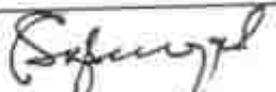
Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shradha Eye Hospital Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि
28/1/26

Dr. PRIYATHI B K.
M.B.B.S. (DIPLOMA) (DIPLOMA)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
