

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3331** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **28/1/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **B. Vasantha** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **70** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम : **w/o Paramamma**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **H. No. #2 HASSAM ROAD Channarayana Nagarahalli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **Avalikere Taluk HASSAM DISTRICT, KARNATAKA**



pre op post op
3331 Vasantha

OCCUPATION : व्यवसाय : **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **---** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. समाई खाता संख्या : **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1	Narashan	34	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपरिक्त कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis R.E. PCLOL L.E. cataract
2	surgery I.E. cataract + PCLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से स्वीकार कर रहा हूँ। उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रकरण हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस राशि का अधिकतम मा राशियां किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 प्रकरण पर आवेदन इत्यादि पर अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकरण में जोड़ा जाये, इसे "कोशिका" एवम् "कोशिका" द्वारा, सम्बन्धित दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का निष्पत्ति में इत्यादि के फल का लाभ लेने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकरण में उल्लेखित है उद्देश्य हेतु प्रयोग: प्रशासना का इत्यादि नहीं बल्कि इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का विभिन्न जीवन और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाय से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणा की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणा/विचारणा उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु संभव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगे या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/सहायता वित्तीय प्रकृत की है; सही या हस्पताल द्वारा ही मांगे जाय या किन्तु गैर-वित्तीय/वित्तीय का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। द्वितीय उद्देश्य में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को सही विनिर्देश रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तिथि
28/11/26

Dr. PREETHI IER
MBE, MD, FRCR
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व दर्शाएक, व छाप न.

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANG
& EYE
Name, Designation & Stamp of authorised Signatory
behalf of Hospital
हस्पताल अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2