

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सामाजिक देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0126/3339 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 28/11/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Shivamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 74 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम : w/o Chandrappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासस्थान : Behang SSC H.S. College, Chandras Taluk, Hassan District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान : -11-



pre op postop
3339 Shivamma

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

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

PAN No. : PAN संख्या : ---

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे पर चिह्न का निशान 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 सम्बन्ध
①	Chandrappa	80	M	Husband

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पूर्ण संलग्न
①	Diagnosis: R.E. cataract, L.E. PCIOL
②	Surgery: R.E. cataract + PCIOL

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

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

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग एक जगह है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पैसा मिले है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" नाम, पता, फोटो, चक्रवर्तन द्वारा उद्देश्य से चुनी गयी विधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उद्देश्य के पालन या कार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदना, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की अंश से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश इस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/करने हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल पूर्णतः मदद प्राप्त होगी/करने हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/करेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो पैसा सहायता के लिये प्रेषित की है, सोही पर हस्पताल द्वारा ही वह सहायता का चयन करेगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लगे के सहायता मुक्त और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N
 Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL
 Authorized Signatory
 on behalf of Hospital
 (A unit of Shradha Eye Care Trust)
 Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
 अंशदान की तिथि
 28/1/26

Dr. P. M. Pathi
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

[Signature]

[Signature]