

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Built

Block of 4

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0126/3340

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/1/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Halagamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

68

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/वधु का नाम

w/o Dodde Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवास का पता

Bisatehalli Mududi HASTIKER

Taluka Hassan DISTRICT, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवास का पता

- II -



pre OP post OP
3340 Halagamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000 /

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्र 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 का 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
/				

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

<p>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे-प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी कर उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PCIOL

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

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

DECLARATION BY APPLICANT: आवेदक का बयान 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 प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अपने अलग चयन प्राप्त है तो मेरी घोषणा रिक्त हो जा सकती है।
- 2) मैं इसा के माध्यम तब "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से चयन प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आगेवा हेतु यह राशिवा की नहीं है, उस राशिवा का अतिरिक्त वा अलग किसा किसी अन्य स्रोत/रोपोर/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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/upload/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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर वा अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार से अधिकृत है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, एन, एनएफएफ द्वारा उद्देश्य से दुर्घटना/प्राप्तियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे प्रकार के पत्रों वा धार से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि घोषणा के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे सहा; घोषणा वा इतरता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर वा अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्कार वा किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रामने में लेने वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु पन्ना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सकारात्मक संस्कार वा किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय परर उक्त रोगी/रामने हेतु किसी भी सकारात्मक संस्कार वा किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या न घोषणा के लिये अधिकृत को है। रोगी वा हस्पताल द्वारा ले रहे सहाय वा किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इच्छित चुनाव और जाने जाने को हमने विनयेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका वा विनयेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

28/1/26.

Dr. PREETHI J.K
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Handwritten Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Handwritten Signature]