

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0/26/3341** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **28/1/26**

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्य का नाम: **w/o Ravi**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **2nd cross left side Hassan Road**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **Aralikere Taluk Hassan District Karnataka**



pre OP **3341 Manjula**
post OP

OCCUPATION: व्यवसाय: **unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर एंटर हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 सम्बन्ध
①	Kogthek	17	M	SON
②	A.R. Shiva	19	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 रखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अन्वेषण 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 विनती का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, जो सहायता का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो भी सहायता मिले, उसे किसी अन्य स्रोत से नहीं लिया जा सकेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 का अंग्रेजी अनुवाद एवं अंग्रेजी में (अर्शक) द्वारा घोषणा की पुष्टि करार है एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, दान, सहायता/सुझाव उद्देश्य से दूसरी विविधियाँ और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ती मेरी प्रार्थना के अंग्रेजी या हिंदी में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ 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.
- इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता हेतु की जाने वाली "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाने वाली सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ती मेरी प्रार्थना के अंग्रेजी या हिंदी में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar Bangalore-62

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
28/1/26

Dr. PREETHI B K
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इम्प्लॉय व नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आज्ञे हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आज्ञे हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]