

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0126/3342

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

28/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayalakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

w/o Hanumantha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Doddayyagannathu village Yasaannathu  
post Gannada Hobak Avaskere Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

HASSAN DISTRICT, Karnataka



pre OP post OP  
3342 Jayalakshamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वामी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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 से संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अनाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरा
/		

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)**

- 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.
  - 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.
  - 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 विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु परंपरागत रूप से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो मिलाने की इच्छा रखता हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)**

- 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.
  - 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा स्वयंसेवकों, दान, प्रायश्चित्त, दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे उपचार के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वयंसेवकों को प्रेषित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित है, इसका उपयोग किसी भी माध्यम से किया जा सकता है और न ही भविष्य में नहीं।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कक्षा)**

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:

- 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.
- 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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि-3 को सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उचित रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश प्राप्त की है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" को कोई वित्तीय या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
**OUTREACH BANGALORE**  
**(DIABETES & EYE HOSPITAL)**  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vesanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

**28/1/26**

**Dr. P. R. SATHI S. H.**  
M.B.B.S. (DIPLOMA) OF  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक 2