

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0/26/3350** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **29/1/26**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Kariyappa** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **58** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **S/O Ankurab**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Amajavadi Chikkamuduvadi Kankapura**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Taluk Ramamangaladi District Karnataka**



pre OP post OP
3350 kariyappa

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **30,000 /-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आय का संचयन संख्या: **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य 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 विनती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे वर्गीकृत पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis: RE cataract LE cataract
②	Surgery: RE cataract + PCOL

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 द्वारा घोषणा कर:

- 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 विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बतलाया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में कभी भी नहीं, उस राशि का वापस या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से प्राप्त करूँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।

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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा न्यासी, चर, वाक्यांश, चित्र आदि माध्यमों से प्रचारित करने के लिए प्रयोग करेगा। इस प्रकार का प्रचारित करने का काम मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित है प्रचारित किया जाएगा। इस प्रश्न में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उल्लिखित विवरण का प्रचारित नहीं किया जाएगा। इस प्रश्न में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उल्लिखित विवरण का प्रचारित करने का काम मैं करने के लिए अधिकृत हूँ।

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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उम्मीद की है, जिसके लिए हमें सहायता की आवश्यकता है। यदि सहायता पूर्णतया नहीं मिलती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे पास रोगी को उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को पूर्णतया रोगी एवं हस्पताल को छोड़ कर "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति 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

DR. PREETHI, B.K.
M.B.B.S., F.M.D., F.P.O.S.
Specialist Cataract and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व तारीख

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
29/1/26

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2