

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B / 10 / 126 / 3354

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

29/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vasim

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुध का नाम

S/O Syed Abdulla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. NO 100 Buncunthamma Externlta

Ishala Nagar, Kamakuriga Taluka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Ramanagar District, Karnataka



pre op postop
3354 vasim

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. राष्ट्रीय खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

<p>SPL Card (Attach Card Copy)</p> <p>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>रूखाना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other BestaProof</p> <p>अन्य कोई साधन</p>
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पानी
/		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित रूप कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कहीं भी नही जाऊंगा/जाऊंगी। यदि भविष्य में कहीं भी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से नही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हुन करत)

- 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 प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में अधिकृत है, उसे "कोशिका" दम्भ न्यायीयों, डॉक्टर, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य में दूरी संचार/संचार के लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के चलने के बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग हेतु प्रयोग का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दम्भ न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतालक हुन करत)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्त/अधिकृत/प्रकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा कर्मचारी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये जो सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीयों द्वारा ही यह सहायता किन्हीं भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगीयों के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा हमें रोगी के हित/सुरक्षा और अपने अपने की भांति जिम्मेदारी लेनी एवं हमारा कर्मचारी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिये संस्तुति

(Signature)

<p>Date of Surgery आवरेक्षण को तारीख</p> <p>29/11/2025</p>	<p>Dr. PREETI S.R. M.B.B.S. D.O. FROM Specialist Cataract and Refractive Colquhoun (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI M Senior Manager OUTREACH BANGALUR Authorised Signatory (Hospital) हमारे से कि इलाका अधिकृत अधिकारी A unit of Straddha Eye Ca Vishwanath Bang</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--