

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 30/126/3363 APPLICATION DATE : 30/1/26  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : S. Srinivasappa AGE-YEARS 60 SEX M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Sauramayya  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H. No 54 Main Road - Near Primary School Enakirampur Chitrakoota Karnataka  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी निवास पता



preop Postop  
3363 S. Srinivasappa

OCCUPATION : Coolie MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 23,000 /- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)  
कुल वार्षिक आय

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आय का साक्ष्य संलग्न

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 विनती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) <del>प्रमाण पत्र</del> (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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LIS Cataract
2	Surgery RE Cataract + PLOK

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 ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी आवेदन पत्रों को खारिज कर सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

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

- 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/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, जो "कोशिका" एम्बुलेंस, दवा, स्वास्थ्य सेवा आदि उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। यह उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी रिफंड के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)**

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.

हमारी अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हमself) वित्त उधार से कल्पित नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उधार ले सकते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी कारणवश नहीं मिलती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी रिफंड नहीं ले सकते हैं।

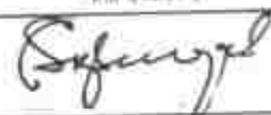
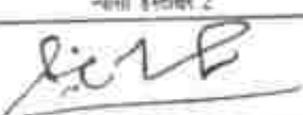
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को उपचार के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया को हमें स्वीकार्य नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी को उपचार देना और उसे जारी रखना हमारे पूर्ण अधिकार का हिस्सा है और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या नैतिक जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>30/1/26</p>	<p>Dr. PREMA K H MERCY DOCTORS Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और नं.</p>	<p><b>OUTREACH BANGALORE</b> <b>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</b> Unit of Shradha Eye Care Trust 1/Asanthanagar, Bangalore-52</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्निहित उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> 
--	--