

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3364 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 30/1/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Rama Krishniah AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : S to Revanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : H.NO 129, Saku Sai Lakshmi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : LAYOUT Mahimannarayana Kadabachchi

Bangalore Kannurka



pre op post op
3364 Ramakrishna

OCCUPATION : व्यवसाय : coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| / | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवक्षित आधार

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण 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) रेशनकार्ड काटे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| <u>1</u> | <u>stagmaly</u> RE <u>cataract</u> LE <u>cataract</u> |
| <u>2</u> | <u>stagmaly</u> LE <u>cataract + ptol</u> |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| 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:

- 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 सही 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 कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बतल गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में नहीं, उस मदद का वापस या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/बिमा के माध्यम से प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्ति' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" दायम् नामों, रूप, प्रकाशित रूपों, इत्यादि से जुड़ी प्रचारितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वे इस प्रकार के विवरण को इत्यादि के माध्यम से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित कर सकते हैं। सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाना इस सम्बंध में "कोशिका" दायम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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.

इसमें अधिष्ठित, हस्ताक्षर की ओर से भवित/होती का "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से मदद न लौटकर करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/प्राप्त करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में मदद करता करता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करे/प्राप्त करे किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तीय प्रकृत की है। संगठन पर हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या वित्त तब तक/पर्यन्त का चुनाव संगठन एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में संगठन के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने करने की सभी जिम्मेदारियों संगठन एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संप्रयुक्ति

(Signature)

Mr. LAKSHMIPATH N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
(Name, Designation & Office of Authorised Signatory of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख
30/1/26

Dr. PREETI M. J.
M.B.B.S. (D) F.M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
(Signature)