

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																																								
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0326/3842		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 6/3/26																																																								
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Settu		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : M																																																							
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तु का नाम : S/o kamaman																																																										
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता : H. NO 297, CC Road Kolathur																																																										
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता : Tiruvannamalai Tamil Nadu Karnataka																																																										
OCCUPATION : व्यवसाय : unemployed																																																										
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : —		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED																																																								
PAN No. स्वयं खाता संख्या : —		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आय कर दाता हूँ (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाते) : Yes / No																																																								
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				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																																																		
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 विनति आधार <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य </td> </tr> </table>				BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>diagnosis RE cataract LE cataract</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>surgery RE cataract + ptol</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न	①	diagnosis RE cataract LE cataract	②	surgery RE cataract + ptol																																																	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न																																																									
①	diagnosis RE cataract LE cataract																																																									
②	surgery RE cataract + ptol																																																									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायक राशी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायक राशी																																																				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायक राशी																																																								

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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द किया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने या किसी अन्य व्यक्ति के लिए किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता 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 its Trustees to use/publicise/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 its 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will solely rest with the Trustees of Koshika Foundation and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी देना, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ, मेरी सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिस सहायता के लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



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:

- 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This contribution 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिसूचना, इस प्रकार की होगी कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ इसी उद्देश्य के लिए ही स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम अपने अल्पतम से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे।
- हमारी अधिसूचना केवल वित्तीय सहायता के लिए है। हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है। हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है। हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे द्वारा सलाह दी गई/किए गए उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो कि हमारे द्वारा सलाह दिया गया है, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है।

Signature

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए समुचित

Mr. LAKSHMAN

Manager

GUTHRIE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(A unit of Shree Siddhanta Lal Hospital)

Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/3/20

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S., D.O., FIGO, FPOS
Specialist Cataract and Pediatric
Ophthalmology
(Name with Stamp)
TNG Reg No. 85866

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature