

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 8/0326/3888
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/3/26
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shivamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
78

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Madappa
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Bommatape, Hargala (H), Gundelpet (T),

Chamarajnaras, Kerna taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



Pre OP Post OP
3888 Shivamma

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 निशान 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 संबंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपभोक्ता 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:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE Cataract. LE PCIOX
②	Surgery - RE Cataract + PCIOX

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 राशी

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.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, obtain any financial assistance from any other source for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई व्यक्ति इस प्रकल्प में किसी भी प्रकार की गलती या भ्रम का कारण बनता है तो मैं अपने अधिकारों का उपयोग करके उसे दण्डित करूँगा।

2) मेरे द्वारा जो महापुरुषों का "कॉन्सिडरेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग सभी उद्देश्यों के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो कि प्रत्येक के लिए है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य छात्र/छात्रा/अन्य कर्मचारी या किसी अन्य व्यक्ति को नहीं देना है।

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/pull-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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठ की छाप लगाकर, मैं (अवेकक) अपनी सझसति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेडरन और उसके न्यूसीसों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पृष्ठ, पंथी और जो विवरण इस प्रपत्र में कोशिका है, उसे "कोशिका" पृष्ठ न्यासी, पाव, पावन/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तुरिपे किमी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताव के पहले के बाद से करने के लिए "कोशिका काउंटेडरन" व न्यासी अधिभूत है।

2) मैं (आपसे) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory, we acknowledge that we are not seeking financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are (Hospital) hereby affirm & accept following:

By affixing hereunder, signature of our authorized signatory in red ink, 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, 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.

हमारे अधिभुज, हस्ताक्षरों को और से सामेल/लेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इन (इम्प्लान्ट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में से लेने या लेने के हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विहित अक्षर/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संपत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्त्र उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाटने-डहने" से तो गई महाकाय कोशक विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतल द्वारा दो गई सतल व किये गये उपकार/प्रक्रिया का बुराव ऐसी एवं हमसतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने-डहने" द्वारा किसी प्रकाय का कोई दखल नहीं है। इसलिये हमसतल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की तारी विधिमोदरी ऐसी एवं हमसतल की होगी और "कोशिका" की कोई बुमिका या विधिमोदरी इस सतल में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/8/26	Dr. PREETHI. B.K. M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.P.O.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर की संस्था का प्रमाणित न होना	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTPATIENTS WING DIABETES & EYE HOSPITAL श्री वसन्त नगर आंखों की संस्था	(Approved by Shradha Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore-52
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		(For Internal Use Only)	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	SIGNATURE of TRUSTEE 3 न्यासी हस्ताक्षर 3	SIGNATURE of TRUSTEE 4 न्यासी हस्ताक्षर 4