

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: **B/032513986**

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि **7/3/25**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम **Sujatha - R.**

AGE-YEARS उमेर-वर्ष **45** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम **M/o Basavaraju**

Koshika
foundation
Building block of life.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय घर

Kuvempuragere [V] Mangalore [M]

Tumkur Road, Karkala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय घर



Pre op post op
3986 - Sujatha - R.

OCCUPATION: **House Helper**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

(Attach Proof of Income)

कृषि वार्षिक उमेर

(जाय का माझे संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

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

Yes / No

माय आय कर दाता हूँ (जो मान्य हो इस पास मही का निश्चय लागते)

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित अन्तर्गत

BPL Card (Attach Card Copy) अपनी रेतों के लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र को जापा और संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप की प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जापा भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जापा भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई जाप
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
① Diagnosis	RF - Contact	LC - Contact	
② Surgery	RF - Contact + PCTOL		

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED हो गई सहायता कीमत
① DBCS		2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

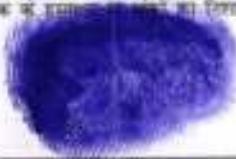
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 लोकल करता हूं कि इस ज्ञान में लिखे गये याचिका मरीज कारणी को अनुमति दिया गया नहीं है। यदि, कोई विवाह एवं कामन अपना याचिका जाता है तो मैं उसी स्थान परिवार की जाकरता है।
- 2) ये द्वारा जो सामग्री यहां "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की तृटीयों के लिये विवाह जारी, जो इस प्राप्ति में प्रयोग हो।
- 3) मैं पुर्ण करता हूं कि विवाह सामग्री ही यह आवंश्यक हो गई है, वह याचिका का नियमित या मरीज किसी अन्य छोटी/नियंत्रित या कानूनी से न तो लिया है और वही भविष्य में ही है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रति पर अपने हाथापाई या अंगूठे की लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महापति की पुर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जन्म, घोषणा और जो विवाह इस प्रति में भवित है, इसे "कोशिका" या उन्‌यासी, बाल, वाचकाचा द्वारा उत्तर उत्तरेश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किया गया प्रसार सम्बन्ध में प्रतिवाद करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रति का विवाह ने इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वह नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में समर्पित हूं कि मेरा नाम, जन्म, घोषणा और विवाह जो कि महापति के उत्तरेश्य में भवित है जुड़ी जन्म, महापति या हक्काएँ नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का नियंत्रण अधिकृत और वाचकाचा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के उपरान्त अपने नामीय के लिये



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पातल द्वारा करता)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

इसके अधिकृत, इसकाची योगी जी में भागलेली योगी "कोशिका फाउंडेशन" में विवाह महापति को जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न प्रकार से सम्बन्ध लेंगे कारण है:

1) यह कि न तो लक्षित और न ही भविष्य में विवाह महापति किसी गैर मालकी संघरण या विस्तीर्ण अन्य स्रोत से उत्तर देने/दाने में लेंगे या से रहे हैं, ये कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवाहित/विवाहित उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योद्धा हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापति विवाहित अधिकारी/याकूस डेंड्र याकूस याकूस जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मालकी संघरण या विस्तीर्ण अन्य सम्बन्ध में महापति लेने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पुर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय योद्धा उत्तर देने/दाने के लिये गैर मालकी संघरण में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में लें नई महापति जीवन विविध प्रकृति की है। ऐसे गैर इस्पाताल द्वारा योगी सुरक्षित याचिका या चुनाव देने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देने वाला नहीं है। इसलिये हस्पाताल में लेने के इसका सुरक्षा और अन्य जाने की जाती विधियां एवं एवं हस्पाताल की हांसे और "कोशिका" को कोई पूर्णता या अवधारणा इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

Dr. M. PAVITHRA MBBS.

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

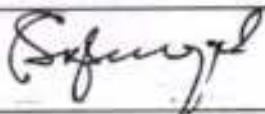
Date of Surgery
अधिकारी की तारीख
2/3/25

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasantha Nagar, Bangalore - 52
KMC No. 094467 USE of KOSHIKA FOUNDATION

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
18/M, Thimmaiah Road, Miller Tank, Bangalore
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पातल अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीय हस्पातल |



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीय हस्पातल 2

