

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0326/4155

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/03/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Paurathi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

41

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

N/o. shivalingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.no. 3221, 1st main road Kanakapura Road  
- apalya Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Purath postop  
4155 Paurathi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| ①                      | Kushal                                            | 13                         | M              | Son                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

|                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के तौर पर प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं मूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagnosis RE Cataract                                                                            |
|                        | LE Cataract                                                                                      |
|                        | Surgery RE Cataract + PCIO                                                                       |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |
|                        |                                                                                                  |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

(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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से सम्बन्ध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को जाता है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका फाटने-टूटने" से जो नई सहायता कोशक विविध प्रकृति को है। रोगों पर हमला करने वाले रोगी को नई सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कोशिका फाटने-टूटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हमला करने वाले रोगी को हलाने सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
म्योकती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

26/03/26

Dr. PREETHI. B.K.  
M.B.B.S. DD. FIGO, FPOS  
Specialist Gynaecological and Pediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
T. Nagar, K. R. Nagar, Bangalore

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory  
UTREACH BANDHUPATI Hospital  
डा. न. प. बंसाल आचार्य अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी इन्द्राधर ।

Vasanti SIGNATURE of TRUSTEE 2 52  
न्यासी हस्ताक्षर 2