

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/0326/4257

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Putthathayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

N/o Alameenpouch

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Brahmapala

Chandepatti (1)

Ramanagala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 लगाये)

Yes/No

हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Rama chandras	56	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्यात आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) रसभोक्ता 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 2E - cataract
2	Surgery: RE - cataract + pto

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 लौ गई सहायता राशी



pu op - post op
4257 - putthathayamma

- 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 किया गया)

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर का अंगूठा की छाप लगाकर, वै (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता है कि में उस, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, पाषण्डाया द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाइंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) वै (आवेदक) इस बात से सहमत है कि में उस, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

2. "कोशिका फाटनेशन" से जी गई सहायता केवल विशिष्ट प्रक्रिया की है। रोगी पर हमलात द्वारा ही गई सलात या क्रिये पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलात में बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी को इलाज मुफ्त और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" को कोई भुविका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

31/3/26

Dr. P. M. B. S. D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of the institution)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (Arundhati Shradddha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्याप्ती हस्ताक्षर ।

~~Vasanthanagar, Bangalore-52~~
SIGNATURE OF TRUSTEE-1
नामो हस्ताक्षर 2

17.11.2025