

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **B/0625/0706**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **3/6/25**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Shivamma**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60**  
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **w/o Govindaraj**  
पिता/कटुम्ब का नाम



pre op post op  
0706 Shivamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता  
**Chikkonahalli Hukiyandurga Taluque**

Taluku **Tumkur District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**-ll-**

OCCUPATION: **coolie**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **कुल वार्षिक आय**  
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर चिह्न का निशान लगायें):  
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	Govindaraj	68	M	Husband
②	Omish G. G.	30	M	SON
③	Venkata Chalamurthy	21	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का (जो है) 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis: <b>RE - PCIOL</b> <b>LE cataract</b>
②	<b>Surgey</b> <b>LE cataract + PCIOL</b>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पुरा
①	<b>DBCS</b>	<b>2000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषण पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण-अवस्था सत्य नहीं है तो मेरी महायत्न प्राप्त की जा सकती है।  
 2) मैं द्वारा जो महायत्न प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस महायत्न हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का अधिक या कमल किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 it's Trustees to use/publish/pul-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 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र/प्रकाश/दूरदर्शन के सुदूर माध्यमों और इलेक्ट्रॉनिकों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे काम में कानूनी रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महायत्न के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः महायत्न का इकावर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और काम्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चयनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महायत्न हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत में मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महायत्न किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायत्न वित्तीय अधिक-सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से महायत्न लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं महायत्न केवल वित्तीय प्रकृत की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा सुनना और अपने काम की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुनिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/6/25</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. M. PAVITHRA MBBS</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with stamp) <b>MS Consultant Ophthalmologist</b> Bengaluru Diabetes &amp; Eye Hospital (A unit of Shradha Eye Care Trust)</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr LAKSHMIPATHI N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Senior Manager (in behalf of Hospital)) OUTREACH BANGALORE DIABETES &amp; EYE HOSPITAL (A unit of Shradha Eye Care Trust)</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE आवेदक हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION KMC No-91567</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE आवेदक हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>