

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य हेतु)



APPLICATION No. / अर्पण क्रमांक : B/0925/1871 APPLICATION DATE / अर्पण दिनांक : 13/9/24

NAME of APPLICANT / अर्पणकर्ता का नाम : Bhagyamma AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 50 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Mr. Narayanhari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Gopeshbatti, Kerasagar, (T), Tumkur, Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : _____



prop - put up
1871 - Bhagyamma

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker MARRIED (दाम्पत्य) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : _____ (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पान क्रमांक : _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे चुनें) : Yes / / No /

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / अर्पणकर्ता से संबंध
<u>1</u>	<u>Naveen</u>	<u>20</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन करने

<input checked="" type="checkbox"/> RPI Card (Attach Card Copy) / परिवार के सदस्य का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निवेदन करने का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई/प्राप्त/लेखन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis - RE - cataract</u> <u>LE - cataract</u>
<u>2</u>	<u>Surgery - LE - cataract + p. c/d</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो रकम सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन है:-)

- 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सम्पूर्ण निवेदन को वापस कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात का यकीन करती हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यकीन करती हूँ कि मैंने यात्रा या अन्य किसी भी प्रकार के व्यय को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

ADORSEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता और उद्देश्य को "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का प्रयोग कर सकते हैं, जो "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा दायर किए गए, वसुधा श्राद्धा आंखों के उपचार के लिए अंगूठे की छाप के साथ दायर किए गए हैं। इस प्रयोग का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को "कॉशिका फाउंडेशन" के द्वारा उपयोग करने से मैं अपने उपचार के लिए अंगूठे की छाप के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता नहीं प्राप्त करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, in 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.

- इसके अंतर्गत, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हॉस्पिटल) द्वारा प्रस्तुत किए गए मामले में सहायता प्रदान करेगा।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा दायर किए गए, वसुधा श्राद्धा आंखों के उपचार के लिए अंगूठे की छाप के साथ दायर किए गए हैं।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के कारण नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी के उपचार के लिए अंगूठे की छाप के साथ दायर किए गए हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश करने वाला हस्ताक्षर

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

(Name of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shraaddha Eye Care Trust)

Vasantnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
17/9/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और पंजीयन नंबर के साथ स्टैम्प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक द्वारा कथन

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक द्वारा कथन

[Signature]