

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अर्पण क्रमांक : B/0925/1876 APPLICATION DATE / अर्पण तिथी : 17/9/25

NAME of APPLICANT / अर्पणकर्त्याचे नाव : Parvathamma AGE-YEARS / वय-वर्षे : 70 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्राचे नाव : Mr. Siddaramaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान राहणीगण : Mittur, Tumkur (N), Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी राहणीगण : -----



pre op - part of 1876 - parvathamma

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maid MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No) : Yes / No

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक उत्पन्नाचे एकूण रक्कम : ----- (Attach Proof of Income) (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडा)

PAN No. / आयकर क्रमांक : -----

IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / कोणत्याही उत्पन्नाचा करदाता आहे का (कोणत्याही उत्पन्नाचा करदाता आहे का किंवा नाही का किंवा नाही का) : Yes / No

FAMILY DETAILS / कुटुंबीय तपशील				
Sr. No. / क्र. नं.	Name of Family Member / कुटुंबीय सदस्याचे नाव	Age (Years) / वय (वर्षे)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / अर्पणकर्त्याशी संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता मागण्याचे निमित्त किती कारणे :

<input checked="" type="checkbox"/> EP Card (Attach Card Copy) / एपी कार्ड (कार्डचा प्रत जोडा)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एव्‌एस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्रचा प्रत जोडा)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (कार्डचा प्रत जोडा)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / कोणतेही इतर प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता मागण्याचे उद्देश्य किती किती किती का उद्देश्य :

Sr. No. / क्र. नं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / वैद्यकीय अहवाल/पत्रे जोडा
15	Diagnosis :- RE - cataract, LE - cataract
16	Surgery :- LE - cataract + pidd

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / कोणत्याही उद्देश्यासाठी इतर स्रोतांकडून सहायता मिळवण्यात येत आहे का :

Sr. No. / क्र. नं.	NAME of OTHER SOURCE / इतर स्रोताचे नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / मिळवण्यात येत असलेली रक्कम
17		

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वा ग्ग वरुव वः)

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other health/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ बताने का हूँ कि इस प्रकरण में मिले एवं जारी किया गये सहायता के अग्रसार करने एवं जारी है। यदि कोई विवरण एवं सहायता प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- मैं यहाँ बताने का हूँ कि मैंने इस सहायता को "उद्देश्य" के लिए ही माँगा है, जो इस फॉर्म में उल्लिखित है।
- मैं यहाँ बताने का हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए नहीं किया है, जो कि किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा, जीवन बीमा या अन्य किसी भी प्रकार के बीमा से प्राप्त किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा ग्ग वरुव)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/announce 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्थक) यहाँ सकारणता से यह स्वीकार करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी सहायता माँगने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में उल्लिखित हैं, जो "उद्देश्य" प्राप्त करने, प्राप्त, सहायता प्राप्त करने से पूर्व प्रकाशित/बताए जा सकते हैं। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में उल्लिखित हैं, जो "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए ही माँगा है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अग्रसार के लिए प्रेषित हैं, सहायता का अग्रसार नहीं करता। इस मामले में "कॉशिका" फाउंडेशन, ट्रस्टियों या किसी भी अन्य व्यक्ति को सहायता नहीं देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एथक द्वा ग्ग वरुव)

- 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:
- 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.
 - 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.
 - इस स्वीकार, प्रस्तावों की और भी सकारणता से "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रस्ताव से सहायता नहीं माँगते हैं।
 - यदि हमें या किसी अन्य सहायता से सहायता मिले तो हमें सहायता माँगने के लिए नहीं माँगा जा सकता है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता माँगने के लिए अन्य सहायता से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस स्वीकार में हम स्वीकार करते हैं कि सहायता सिर्फ सहायता के अग्रसार हेतु सिफारिश है सहायता माँगने का किसी अन्य सहायता से नहीं माँगा जा सकता।
 - "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। यदि या सहायता प्राप्त की गई सहायता के बिना कोई सहायता/चिकित्सा का चुनाव नहीं है। हमें सहायता माँगने के लिए ही माँगा है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रस्ताव का कोई सहायता नहीं है। प्रकृति सहायता में कोई भी सहायता प्राप्त और अन्य सहायता से सहायता माँगने की संभावना नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए अनुमति

(Signature)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/9/25	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर, पता	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name of Authorised Signatory) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shroddha Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore-52
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधीन हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधीन हस्ताक्षर 2