

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य हेतु)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **3/0925/1877**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **17/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करणारा नाव: **Gonramma**

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष: **68**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नीचे नाव: **No. Nonjournals**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान वास्तव्य पत्ता: **manabhattgalli, Tambur (D), Kalyanapur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी वास्तव्य पत्ता: **—**



Doc of - postop 1877 - Gonramma

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक उत्पन्ना: **—** (Attach Proof of Income / आयचे प्रमाण दाखवा)

PAN No. / आयकर क्रमांक: **—**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / को उत्पन्ना कर करणारा आहे (को योग्य तो टिक करा): **Yes / No**

FAMILY DETAILS / कुटुंबाचे विवरण

Sr. No. / क्र. नं.	Name of Family Member / कुटुंबाचे सदस्यचे नाव	Age (Years) / वय (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करणारासोबतचे नाव

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / साहाय्यतेसाठीचे कारणे (को योग्य तो टिक करा)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरिबी रेषा खाली येणे (कार्डचे प्रमाण दाखवा)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उत्पन्ना कर खाली येणे (प्रमाण पत्र खाली येणे)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड (प्रमाण पत्र खाली येणे)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोणतेही प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / साहाय्यतेसाठीचे उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. नं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / आजार/वैद्यकीय उपचार खाली येणे
1	Diagnosed RE - Cataract, LE - Cataract
2	Surgery - LE - Cataract + p. scl

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / हे उद्देश्य हे हेतू कोठे अन्य साहाय्यतेसाठीचे प्रमाण दाखवा आहे?

Sr. No. / क्र. नं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोतचे नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / कोणते प्रमाण आहे

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा करने का)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने अपना हेतु पूरा करने के लिए, उस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के माध्यम से प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करने का)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-copy/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 पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चित्र और मेरे विवरण इस प्रश्न में दिये गये, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत कर सकते हैं। इस प्रकार के उपयोग को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण को कोशिका फाउण्डेशन के द्वारा प्रसारित, प्रकाशित या प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित या प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करने का)

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.

हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हमें या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के माध्यम से प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के माध्यम से प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अधिकृत की गई स्वीकृति</p>		
<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>27/8/25</p>	<p>Dr. PREETHI. B. MBBS, DCO, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. के नाम और नंबर का स्टैम्प</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (कोशिका फाउण्डेशन के आंतरिक उपयोग के लिए)</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शिका के ट्रस्टी 1</p>		<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शिका के ट्रस्टी 2</p>
		