

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्र. : R/0925/1931

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 24/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम : Sarvamma

AGE-YEARS / वय : 76

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : N/O Nandiah



file of - part of 1951 - Sarvamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी का पता : gollarabelli - Atankul (n)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी का पता : Haver (n) Karnataka

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / वय (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
1	Palakshamathy	45	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड (कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / ईएस सीटी (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 आधार
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/प्रातिपत्र संलग्न की गई हैं (अनुसंधान प्रतिलिपि संलग्न करें)
1	Diagnosis - PE - Cataract
2	
3	
4	
5	Surgery - PE - Cataract + P.U.C

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता प्राप्त होने से निराकरण

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / प्राप्त होने वाली राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 5) मैं इससे आगे आगे "कॉशिका फाउंडेशन", से भी मदद नहीं करूँगा, क्योंकि मैंने इस मदद को केवल "उद्देश्य" के लिए ही माँगा है, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 6) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस मदद से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upt/produce 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.
- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को यकीन करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में शामिल करें, जो "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, जो "उद्देश्य" के लिए है, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है। इस प्रस्ताव के माध्यम से मेरी छवि और विवरण का उपयोग किया जा सकता है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" को दान प्राप्त करने के लिए और/या इसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) आगे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "उद्देश्य" के लिए किया जा सकता है, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है। "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, जो "उद्देश्य" के लिए है, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - 3) मैं यकीन करता हूँ, हॉस्पिटल की ओर से "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से मदद न माँगेंगे।
 - 4) मैं यकीन करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहा हूँ, जो कि इससे "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद के लिए है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होता है, तो हॉस्पिटल को अपने अंतरिम स्रोतों से मदद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 5) "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच का है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व होगा, और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Lakshmi

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/9/25

PREETHI, B.K
M.B.B.S, D.O., FICO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम, पता, उ.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक द्वारा स्वीकार 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक द्वारा स्वीकार 2

Li