

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 13/0925/1970 APPLICATION DATE: 25/9/25
 आवेदन क्रमांक: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lingamma AGE-YEARS: 80 SEX: F
 आवेदनकर्ता का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Puttanaray
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Puttal, Karakapur, Karnataka
 वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Puttal, Karnataka
 स्थायी निवास पता



Recd P. Post P
 1370- Lingamma

OCCUPATION: Homemaker MARRIED (निर्वाही) / UNMARRIED (निर्वाही नहीं)
 पेशा/व्यवसाय

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

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 यदि आप आय करदाता हैं (को सही ढंग से चिह्नित करें)

Yes / No
 हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (संलग्न विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संलग्न के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से क्या संबंध
 				

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए कौन सा आधार**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे कौन सा उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो भी डॉक्टर के पर्चे संलग्न हैं
1	Diagnosis TRC - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PCIC

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हो रही है?**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौन से कौन से सहायता मिल रही है

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस प्रकरण में बतलाया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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-up/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए है, के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- (2) मैं (अर्पणकर्ता) और भी स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए, जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए है, के माध्यम से, किसी भी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):


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, 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.

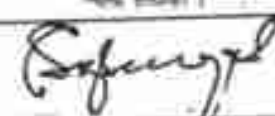
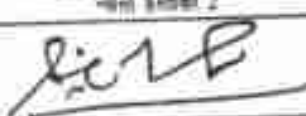
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले के हस्ताक्षरों के "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकरण में सहायता के लिए प्रस्तावित करते हैं।

(1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतया या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम स्वतंत्रता प्रदान करते हैं कि हम किसी भी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान करते हैं।

(2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चुनाव रोगी स्वतंत्रता प्रदान करता है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए कोई भी सहायता प्रदान करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान करता है।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकार करने के लिए अनुमति</p> 		<p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (DIABETES & EYE HOSPITAL) (A unit of Shramdha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52</p>
<p>Date of Surgery अभियोग की तिथि</p> <p>25/9/25</p>	<p>DR. PRESHIL B. H. M.B.B.S., F.D.O., F.P.S. Siddha Chikitsa and Pharmacy (Name of Dr. & Regis. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर</p> 
---	---