

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1025/2176 APPLICATION DATE : 15/10/25
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Thayimuddamma AGE-YEARS 73 SEX F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o S. Suddalinga Gowda
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hamamamthana, Hamasarahalli post
 वर्तमान निवास पता

Kodihalli Hob. Kanchanpura Remanaga
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

District, Karnataka



pre OP post OP
 2176 thayimuddamma

OCCUPATION : Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : [Attach Proof of Income] (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (आय कर दाता हैं / नहीं)

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्यों का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिये विधि आधार)

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Only) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basic Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किसे करने विलंबी का उद्देश्य)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न)
①	Diagnosis RE PCIO L LE cataract
②	Diagnosis LE cataract + PCIO L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?)

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (की गई सहायता राशि)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिबलान् इस प्रकार असत्य घोषणा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को सहायता एगि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बतल गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एगि का अधिकतम या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिया है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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.
 - 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 का अपना हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एगम् मासिक, दूर, याकतया दूरसे इंटरनेट से मुहुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृत किया है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के लिये है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके अधिकारों का निर्णय अधिक और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

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 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से चारमने-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बतल हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/कमल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बतल जाता है कि उपलब्ध द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सारकार से नहीं लेना/लेना।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय मुद्रा की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी को इतना सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Handwritten signature of Mr. Lakshmi Pathi

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
15/10/25

Dr. FREETHI, B.K.
M.B.B.S. D.O., F.I.C.O., F.P.C.S.
Specialist Consultant and Registrar
(Name of Dr. & Regn. No., with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का मुद्रा

Mr. LAKSHMI PATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
DIABETES HOSPITAL
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
(Name of Hospital & Regn. No. with Stamp)
अधिकृत उपयोग हेतु
Vasanthnagar Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1
Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
Handwritten signature of Trustee 2