

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 381095/2226  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 24/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Deveramma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 65  
SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/O Savaregouda  
पिता/कटुम्ब का नाम



Pre op post op  
3836-Deveramma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कांथान अश्वमेध पहा

M.L. Koppale, Kumbhacharya

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Home Maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. जारी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / 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 लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Dignosis: LF - Cataract LF - Cataract
2	Surgery: LF - Cataract + P.U.M.C

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रोग का चिकित्सा या सहायता किन्हीं अन्य प्रोटीनोस/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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.
  - 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिए मेरी तस्वीरों का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण कोशिका फाउन्डेशन को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे उचित: सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 any other 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भगवन्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किन्हीं और सहायता संगठनों या सहायता संगठनों से प्राप्त की जाएगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किन्हीं प्रकार के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं चिकित्सा/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किन्हीं अन्य और सहायता संगठनों या किन्हीं अन्य सहायता संगठनों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इतिहास पर उस रोगी/रोगी हेतु किन्हीं और सहायता संगठनों या किन्हीं अन्य सहायता संगठनों से नहीं लेना/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतिहास हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई वित्तीय या किन्हीं प्रकार का भूमिका नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

*Handwritten signature of the hospital signatory.*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
29/10/24

Dr. PREETHI, B.K.  
MBBS, FGO, FPOS  
Specialist in Gynaecology and Paediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर के साथ

Mr. LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हमारे हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु कोशिका फाउन्डेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासीय हस्ताक्षर 1  
*Handwritten signature of Trustee 1.*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासीय हस्ताक्षर 2  
*Handwritten signature of Trustee 2.*