

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



Building blocks of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1085/9932

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 25/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Devamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 73 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम W/o late Chikkagowda



Pre op post op  
9932-Devamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Hamandus, Keregaravali (W) Malavalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Mandya CD Koppalataka

OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर प्रती 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 सम्बन्ध
1	Ananda	45	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिबेनट दवाही संलग्न
1	Diagnosis RE-PTDOL LE: Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCDOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं किया जा रहा है, उस व्यय का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया जा रहा है और नहीं भी किया जा रहा है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा कर)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बंथित है, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टियों', दूर, वाचनाय/दूरदर्शन से सुदीर्घ/वैदिक और इलेक्ट्रॉनिक के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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 और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में स्वयं से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हमें वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल, किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पता जाता है कि अस्पताल द्वितीय मगर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं सहायता/रोगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तिथि

25/10/25

Dr. P. R. SATHI, B.K.  
M.B.B.S. DGO, FPOS  
Specialist in Urology and Pediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ 3

Mr. LAKSHMIPATHI N  
For the Manager  
KOSHIKA FOUNDATION BANGALORE  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी (Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुमति प्रकरण हेतु Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बरो हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बरो हस्ताक्षर 2

*[Signature]*