

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/1025/2066 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 28/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Puttamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम : Shivappa



Re OP- Post OP
8066- Puttamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Mangandarahalli, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : - (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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
 				

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>Diagnosis</u> <u>RE - Cataract</u> <u>LE - PCIOH</u>
2	<u>Surgery</u> <u>RE - Cat + PCIOH</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा करना:

- 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 लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने के लिए ही प्राप्त किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता दिया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रोग का चिकित्सा या उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) 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/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.
 - 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" ट्रस्टियों द्वारा, या, साक्षात्पक्ष द्वारा उद्देश्य के लिए तृतीय पक्षों और उपस्थितियों को लिखे किन्हीं भी प्रकार का प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के उपचार के लिए या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" ट्रस्टियों द्वारा उद्देश्य के लिए निर्णय लेना और सहायता देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

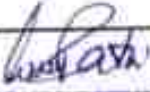
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता से सहायता ले रहे हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार है किसे अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी के लिए या से से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमें सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में ही सीमित/सीमित।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है। जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है किसे सहायता/सिफारिश का चुनाव ही ही ही है। सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में ही ही ही है। इसीलिए सहायता से सहायता सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में ही ही ही है और "कोशिका" को कोई भी सहायता/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में ही ही ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति




MR. LAKSHMINATH N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जिस पर हस्ताक्षर/सिफारिश/सिफारिश उच्च के सम्बन्ध में ही ही ही है।

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.P.O.S.
Specialist in Obstetrics and Paediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ, मैं

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
28/10/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

वसन्तिक उपकरण हेतु
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
