

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3006** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **11/1/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Bhairamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **68** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम : **w/o Harimallach**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Chikkakathale Kamakapurta Taluk**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : **Ramanagurha District, Karnataka**

OCCUPATION : व्यवसाय : **unemployed**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वयं 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 निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| /                      |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy)<br>सही रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|---|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| ①                      | Diagnosis RE cataract<br>LE cataract   |
| ②                      | Surgery RE cataract + p.c.i.o.l  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सा सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |



pre OP post OP  
3006 Bhairamma

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

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता मांग "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कर रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विपदाग्रस्त होने पर प्रत्येक की मदद है, उस-एडि का अधिक या सबका विस्था किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सूर्या।

**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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापक'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम ज्यूसी, दान, याचनाएं करने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी प्रकाश के पत्रों या कार्ड के करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ज्यूसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उसके 'व्यवस्थापक' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और ये घोषणा/देणी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफरेश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य न स्वीकार करते हैं।

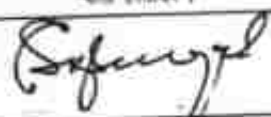

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी माध्यम या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरेश/सिफरी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पर्यट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सकल हेतु सन्दूर नहीं किया जाये तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाये है कि अस्पताल द्वितीय पर्यट उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही वह सहायता किसे गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को जारी जिम्मेदारी देनी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन का तारीख</p> <p>11/12/26</p> | <p>Dr. PREETHI, B.K<br/>M.B.B.S. D.O. F.I.C.O. F.P.S.<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर</p> | <p>Mr. LAKSHMIPATHI N<br/>Senior Manager<br/>OUTREACH BANGALORE<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>(A unit of Shree Sri Chitra Hospital)<br/>Vasanthnagar, Bangalore-52</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

|   |   |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नामों हस्ताक्षर 1</p>                                 | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नामों हस्ताक्षर 2</p>                                   |
|  |  |