

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0126/3001**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **11/1/26**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Sophia**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60** SEX लिंग: **M.**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: **S/o Ramapriya**



pre op post op  
302 Saurashtra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **H.No. 203 6th. CROSS BEGS Layout**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **Sanjay Nagar RMV Extn. Bangalore Karnataka**

OCCUPATION: व्यवसाय: **coalier**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **26,000/-**

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

PAN No. एनपीआई खाता संख्या

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा धर्म प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

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

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुर घेणव घः)**

- 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 यीक्य कलत हूँ कि इस डुरव में लिखे गये सभी विवरण सरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सरी हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरत की जा सकती है।
- 2) मेरे डुरव में सहायता का "बोसिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस डुरव में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं नित सहायता हेतु यह अर्शेक को नहीं है, इस लीन का अतिरिक्त या कलत विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इन्सुरेणस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुरव 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/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.
- 2) (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 डुरव में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "बोसिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस डुरव में घोषित है, उसे "बोसिका" एम्प्लूयर्स, घर, कार्यलय द्वारा उद्देश्य से बुरी गतिविधियों और उल्लेखियों के लिये किसी भी प्रस्ता पत्रपत्र से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे डुरव का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिये "बोसिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इकाएत नहीं करता। इस सम्बंध में "बोसिका" एम्प्लूयर्स त्रास्टीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निरूपण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल डुरव 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.

इससे अधिकृत, इस्पताल की ओर से मागले/रोगी को "बोसिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफरिणत की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न डुरव में मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारा संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोसिका फाउन्डेशन" से सिफरिणत/विनीत उक्त के सम्बंध में "बोसिका फाउन्डेशन" डुरव माया हेतु किया है। यदि "बोसिका फाउन्डेशन" डुरव सहायता विनीत अतिरिक्त/कलत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो इस्पताल किसी अन्य सै सकारा संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि इस्पताल द्वितीय मरर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सकारा संस्था या किसी अन्य सधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोसिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल डुरव ही यह जाता है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "बोसिका फाउन्डेशन" डुरव किसी प्रकार का कोई रवान नहीं है। इस्पताल इस्पताल में रोगी के इलाज सुखा और जने करने की सरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "बोसिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

*(Signature)*

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**

Date of Surgery  
अपेकन को तारीख  
11/1/26

DR. PRASHANTH  
M.B.B.S., D.C., F.I.C.C.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इस्पताल व संस्था

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of Shraddha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इलाक 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इलाक 2  
*(Signature)*