

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/30fo

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Adonarayamappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chennampalli Mattema, Bagampalle

Chikkaballapuram Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— 11 —



pre op post op
30fo Lakshmi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्रा 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

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	Chowda Reddy	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति अथवा

<p>RPL Card (Attach Card Copy)</p> <p>गरीबी रेखा के नीचे स्थित पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>आय आय वर्ग इनाम पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof</p> <p>अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती 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 + PCIOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, इस रणित का अतिरिक्त या समकाल विस्था किमी अन्य प्रोत्साहन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, सोते और जो विवरण इस प्रश्न में भौषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दूर, व्यवस्था हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किमी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, सोते और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे स्वतः, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीय 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 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:

- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाए से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरा प्रकार से अन्य व अधिकृत करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किमी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किमी अतिरिक्त/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमारा किमी अन्य गैर सरकारी संस्था या किमी अन्य मन्त्रालय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चर उक्त रोगी/मामले हेतु किमी भी सरकारी संस्था या किमी अन्य सहाय से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही यह सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किमी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या किमीदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

M

[Signature]

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/1/26</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व इलाजक व. नं. के साथ</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाजक 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाजक 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>