

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0126/3099

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 9/1/26

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Ghousepeeg

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 73 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: Slo Puchusab



pre op post op  
3099 Ghousepeeg

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: NO 58 HCT Quarters Slam New Tambay

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Laput Mysore Road Bangalore Karnataka

OCCUPATION: व्यवसाय: Un employed

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जिवित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी 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 निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं  No

**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
<del> </del>				

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे एवं किसकी 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 LE 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 गयी है?

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

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

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु वह व्यय नहीं करूँगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या जो कि किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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.
  - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से अन्य स्रोतों से धन जुटाने के लिये और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या कराने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकृत का अंतिम और अविरोधित होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ 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:

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकर से प्राप्त न सकेगा करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो माँगा है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मन्सूरी नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता प्रदान किया जा रहा है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही माँगा जाता है कि वे अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव वे ही एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

*[Signature]*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
9/1/26

Dr. P. K. SINGH  
M.B.B.S., D.O., FPOS  
Specialist Cataract and Pediatr.  
Ophthalmology  
(Name of Dr. & Regn. No. & Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Mr. LAKSHMIPATHI N  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
Senior Surgeon  
OUTREACH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*