

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : 13/0126/13196

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 20/1/26

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70  
SEX लिंग F

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



pre o p post op  
3196 lakshamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता  
Dandanayakama daddi Malur Kolari,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता  
Bennagatta Malur, Kolari, Karnataka

OCCUPATION :  
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No  
हां / 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	kakappa	80	M	Husband
②	Murthyappa	36	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) महंगा रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य आधार/साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
①	diagnosis RE cataract 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 लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले 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 प्रारूप 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 भी सहायता मिलेगी, केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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) 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एण्ड ट्रस्टी, द्वारा, बाजार/बादल उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मासूम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एण्ड ट्रस्टी न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/उपेक्षी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाये गयी/पान्तले में ली जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठाये के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तीय/वित्तीय हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रारंभ उठाये गयी/पान्तले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया प्रकृति की है। उपाय पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं संभव या चिन्ने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपाय एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उपाय के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारी उपाय एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr LAKSHMIPATHI N**  
**Senior Manager**

(Name of Hospital/Institution) Authorised Signatory

**OBHAI HOSPITAL**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

**Vasanthanagar Bangalore-52**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/1/26</p>	<p><b>DR. PREMJI B.R</b> M.B.B.S., D.O., F.R.C.S. Specialist Consultant and Practitioner</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.</p>	<p>Signature of Hospital Representative</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2</p>