

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : 13/0126/3197

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि : 20/1/26

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम : Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्ब का नाम : w/o Daddaganiyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
वर्तमान आवास पता : Channaganahalli Kolar, Kolar DISTRICT Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता : —||—



pre op post op  
3197 Lakshamma

OCCUPATION :  
व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय : —

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No  /

| FAMILY DETAILS परिवार विवरण |   |                            |                |   |
|-----------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 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 विनती आधार

BPL Card  
(Attach Copy)  
गरीबों रोजा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की प्रतियां इति संलग्न करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की प्रतियां इति संलग्न करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोगिका कार्ड  
(प्रमाण पत्र की प्रतियां इति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| ①                      | Diagnosis RE P.C.I.O.L.<br>LE cataract   |
| ②                      | Surgery LE cataract + P.C.I.O.L.   |
|                        |  |
|                        |  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

**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 फॉर्म 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 रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, इस धरती का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉस, वाक्यांश एवं उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विफल होने के कारण या कष्ट से कष्ट के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है कुछ अन्य सहायता का हक्का नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

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 ओर से अनुमोदित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किम्वं इन् (हस्पताल) फिर उक्त से धन्य व स्वीकार करती है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रक्कत में सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहाय हेतु मजदूर नहीं किया जा रहा है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल किसी पत्र उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी रक्कत में सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई रक्कत नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/1/26</p> | <p>Dr. PREETHI, B.A.<br/>M.B.B.S., D.O., F.S.S., M.F.S.<br/>Tumkur Cantonment Hospital<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p> | <p>Mr LAKSHMIPATHI N<br/>Senior Manager<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>OUTREACH BANGALORE<br/>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</p> |
|---|--|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

(Trustee of Shraddha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar, Bangalore-52

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