

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **B/0126/3201**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **30/1/26**  
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **65** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कनूष का नाम **w/o Seethappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**Chalagamahalli Baligamahalli**  
**Matur Kolav, Kasinataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**-11-**



pre OP **3201** post OP **Seekalamma**

OCCUPATION: व्यवसाय **Home Maker.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय **23,000/-**

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No  
हाँ / नहीं

**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 सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| ①                      | <b>Ramesha</b>                                    | <b>29</b>                  | <b>M</b>       | <b>SON</b>                                      |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेटा <input checked="" type="checkbox"/> होने प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b><br>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 प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| ①                      | <b>Diagnosis RE cataract</b><br><b>LE cataract</b>   |
| ②                      | <b>surgeon LE cataract + PCIOL</b>   |
|                        |  |
|                        |  |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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>लौ गये 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/वापर असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यही "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य भी नहीं है, उस राशि का अधिक या सबक किसी किसी अन्य प्रोटेन्सियोनल/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे प्रश्न को पाने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे पता; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" अपने उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को 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 ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जायेगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीय में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सबक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी तरह उक्त रोगी/रोगीय हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सलाह या निर्णय लेने उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इसका चुनाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संसृति

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/1/26</p> | <p>Dr. PREETHI B.K.<br/>M.B.B.S., D.O., F.I.O.D., F.P.S.<br/>Koshika Charitable Trust<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व इस्तेमाल में छाप, न</p> | <p>Mr. LAKSHMIPATHI N<br/>Senior Manager<br/>(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/><b>OUTREACH BANGALORE<br/>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</b></p> |
|---|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Sivaddia Eye Care Trust)  
आवेदक के लिये केवल

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