

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0225/3492

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 7/2/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Chikkathayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: W/O Boregowda



Pre op post op  
3492 Chikkathayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Hamdalagere Kumbhal Taluk Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
-/-

OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -/-  
(Attach Proof of Income) (आय का सक्षय सिलान)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर एका है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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
<del> </del>				

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

BPL Card (Attach Card Copy) दरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सिलान करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सिलान करे)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सिलान करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षय
---	---	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सिलान
①	<u>Dau'syathi RE cataract LE cataract</u>
②	<u>surgery RE cataract + D.D.I</u>

**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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	<u>D.B.C.S</u>	<u>2000/-</u>

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

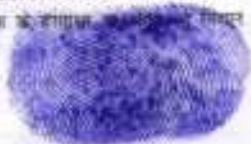
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 फ़ॉर्म 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 सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त होने वाले पैसे का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो करता हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

**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/pul-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 फ़ॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्ड न्यायोपक्ष, दान, संचालन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फ़ॉर्म का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्षित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है उसे केवल सहायता का इकट्ठा करी बनाना इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उसके न्यायोपक्षों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



**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 any other 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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व 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 प्राप्त होगी/होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पहर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के चिकित्सक का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जल्द करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach

Incharge for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trus.)  
# 16/A, Thiruvallur Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
Consultant, Phaco & Refractive  
KMC No. 80241

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
7/2/25

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोपक्ष 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोपक्ष 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*