

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
Foundation

APPLICATION No. : B/0717/0207 APPLICATION DATE : 11/07/2024

NAME of APPLICANT : Mohan Kumar AGE-YEARS : 69 SEX : M.

FATHER/SPOUSE'S NAME : Srinivas Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Ashaktha Poshika Subha V.V. Nagar Old age Home Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Nil.

OCCUPATION : Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME : Nil.

PAID No. : Nil.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
YES / NO



0207 0207
mohan kumar mohan kumar
poc op poc op

FAMILY DETAILS (पारिवारिक विवरण)				
Sl. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
Three Daughters Married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) YES / NO

BPL Certificate (Attach Certificate Copy) YES / NO

Ration Card (Attach Card Copy) YES / NO

Any Other Basis/Proof YES / NO

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Medical Reports/Prescriptions Attached YES / NO

Dov for Left Eye

Trabeculectomy for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

NAME of OTHER SOURCE YES / NO

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED YES / NO

B.W.L.E.H.

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 & of going 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही प्राप्त करूँगी और न ही घोषणा में लूटूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, दूर, वाचनादि एवं अन्य माध्यम से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिए किसी भी उपाय का उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका यह विवरण भी समझता हूँ कि मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में आयेगी है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे का निर्णय लेता है और वापस नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

• V.S. Sharma


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से वापस करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निमित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हस्ताक्षर) निमित्त प्रपत्र से नाम न लेता है।

- 1) यह कि मैं या मेरा अर्शक और न ही भविष्य में निमित्त सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त करूँगी या नहीं, जो कि हमें इस "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निमित्त प्रपत्र के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं अधिकृत/प्राप्त हेतु मांग की जाय तो मैं वापस किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस प्रपत्र में नाम बताया गया है कि सहायता निमित्त प्रपत्र पर उद्देश्यपूर्ण हेतु निर्देश के अनुसार सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त निमित्त प्रपत्र की है। यदि यह सहायता इससे नहीं प्राप्त हो सके तो मैं वापस करने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रिपोर्ट/सिफारिश/सहमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

20/07/2024

Dr. Ravi K. Kulkarni
Consultant
KMC No. 46304
B.W. Lons Super Speciality Eye Hospital
J. Lons Eye Hospital Road
Bangalore - 560002

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोसेदार 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोसेदार 2

S. R. B.



ಭಾರತೀಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುರುತಿ ಸಂಸ್ಥೆ

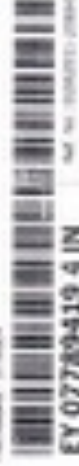
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ

Unique Identification Authority of India
Government of India

ಅನ್ವಯ ಸಂಖ್ಯೆ /Enrollment No.: 1037/31314/53153

To: V S Mohan Kumar
(Aadhaar Holder)
500, 1st V/S, Srirangacharya
#5007
A Ramanna Road
Srirangapatna
Dharwad Taluk, District Ponnur N 13 Road
Mysore
Karnataka - 576224

Date: 01/06/2018



EY 07789-419 4 IN

ನಿಮ್ಮ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ / Your Aadhaar No. :

7557 4141 9649

ಆಧಾರ್ - ಶ್ರೀಮದ್ರಾಮಣ್ಣ ಅಧಿಕಾರ



ವಿ.ಎಸ್.ಮೋಹನ್ ಕುಮಾರ್
V S Mohan Kumar

ಆಧಾರ್ ಹೊಂದಿಕೆ ಮಾಡುವ ಸಂಖ್ಯೆ : 3148
ದೇಶದ / Male



7557 4141 9649

ಆಧಾರ್ - ಶ್ರೀಮದ್ರಾಮಣ್ಣ ಅಧಿಕಾರ



ಸ್ವತಂತ್ರತೆ

- ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುರಕ್ಷಿತ, ಅನನ್ಯ ಮತ್ತು
- ಸರ್ವತೋಮುಖವಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸಬಹುದಾದ ಗುರುತಿ
- ಉಚಿತವಾಗಿದೆ

1800 180 1947 ಸಿ.ಬಿ.ಎಂ.ಎಂ.ಎಂ.

ಪಿ.ಒ.ಬಾಕ್ಸ್ ನಂ. 1947, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001 ಅಥವಾ
help@uidai.gov.in ನಿಮ್ಮ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ

INSTRUCTIONS

- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship.
- To establish identity, authenticate online.
- In case any help is required >

Call 1800 180 1947 or:

Write to P.O. Box No. 1947, Bengaluru - 560 001 or:

Email at help@uidai.gov.in



ಭಾರತೀಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುರುತಿ ಸಂಸ್ಥೆ
Unique Identification Authority of India

ದೇಶದ:

1800 180 1947 ಸಿ.ಬಿ.ಎಂ.ಎಂ.ಎಂ.

ಅಧಾರ್ - ಶ್ರೀಮದ್ರಾಮಣ್ಣ ಅಧಿಕಾರ

ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ : 3148

ದೇಶದ / Male

ದೇಶದ:

1800 180 1947 ಸಿ.ಬಿ.ಎಂ.ಎಂ.ಎಂ.

ಅಧಾರ್ - ಶ್ರೀಮದ್ರಾಮಣ್ಣ ಅಧಿಕಾರ

ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ : 3148

ದೇಶದ / Male

Aadhaar - Shreesamanyana Adhikara



ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಶಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
B.W. LIONS SUPERSPECIALITY EYE HOSPITAL
a unit of Lions Club of Bangalore West Trust



#5, Lions Eye Hospital Road, (off J.C. Road), Bangalore - 560 002, India.
Phone : 080-2212 1253, 2212 1255 Fax : 080-2223 2562
E-mail : info@bwlionsseyehospital.org Website : www.bwlionsseyehospital.org

11/04/2017

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Mrs. MOHAN KUMAR 69 years old male ~~has~~ ^{has} been diagnosed to have primary open angle glaucoma with cataract both eyes. He ~~has~~ ^{has} been advised cataract with trabeculectomy for his left eye. As the patient is financially poor and cannot afford for the surgery kindly do the needful



Comprehensive Eye Care Hospital with Advanced Investigations, Treatment & Micro Surgical facilities for Cataract, Refractive Surgery, Glaucoma, Oculoplasty, Cornea, Squint & Vitreo-Retina & Paediatric Ophthalmology

Recognised by: CGHS, Insurances, TPA's, Banks, Yeshasvini, State Govt. etc for cashless / reimbursement surgeries

Donations are exempted under Sec. 80(g) of Income Tax Act.

For Eye Donation Call : 2223 5005, 97405 58666

**KARNATAKA PENSIONER'S Identity Card**

2018-071004/24-03

Issued by the Dept. for the Empowerment of Differently Abled & Senior Citizens



Name : V.S. Mohan Kumar
 D.O.B. : 28-05-1948 BG: Male
 Address : #308/1 A, Ramanna Street Devaraja
 Mohalla, Behind Shanthala Taluk,
 Mysuru.

Signature of The Applicant

Phone : 9243604368

(Signature)
 Issued by the Director
 Mysuru District Pensioner's Association

Card Issuing Association
Mysuru District Pensioner's Association
 Neelavara Bhavana, Channarayana Road, Mysuru-01
 Ph: 9243604368

The Beneficiary Card Holder is entitled for benefits
 Concessions and Discounts under State and
 Central Government, Non Governmental Organisation,
 Rail and Road Transportation Authorities,
 Hospital and Nursing Home as and when applicable

Page 1/1
 Date Issued : 10/07/2018

Page : 1/1
 Date Issued : 10/07/2018

Page : 1/1
 Date Issued : 10/07/2018



(Signature)
 President

Mysuru District Pensioner's Association