

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE                                      |                                                                  | (Healthcare)                                          |                       | Koshika foundation      |  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                            |                                                                  | (स्वास्थ्य देखभाल)                                    |                       | Building block of life  |  |
| APPLICATION No. : 13/0425/0111                                       |                                                                  | APPLICATION DATE : 08/4/25                            |                       |                         |  |
| आवेदन संख्या :                                                       |                                                                  | आवेदन तिथि                                            |                       |                         |  |
| NAME of APPLICANT : N. Sugamuna                                      |                                                                  | AGE-YEARS : 72                                        | SEX : F               |                         |  |
| आवेदक का नाम                                                         |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : N/o late. E. Suman                          |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| पिता/कटुम्ब का नाम                                                   |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता                       |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| Huliyarowdurga (V) Kurnool (A)                                       |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| Tumkur (D) Karnataka                                                 |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| OCCUPATION : Home Maker                                              |                                                                  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)              |                       |                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)                       |                                                                  | (आय का साक्ष्य संलग्न)                                |                       |                         |  |
| PAN No. : [Blank]                                                    |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):       |                                                                  | Yes / No                                              |                       |                         |  |
| या उपर आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)           |                                                                  | हां / नहीं                                            |                       |                         |  |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण                                        |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| Sr. No.                                                              | Name of Family Member                                            | Age (Years)                                           | Gender                | Relation with Applicant |  |
| क्रम संख्या                                                          | परिवार के सदस्यों का नाम                                         | उम्र (वर्ष)                                           | लिंग                  | आवेदक के साथ संबंध      |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)       |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| सहायता के निम्ने विनति आधार                                          |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                          | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                        | Ration Card (Attach Copy)                             | Any Other Basis/Proof |                         |  |
| गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | अन्य कोई साक्ष्य      |                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                 |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:                              |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| Sr. No.                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached                           |                                                       |                       |                         |  |
| क्रम संख्या                                                          | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि पत्र संलग्न               |                                                       |                       |                         |  |
| 1                                                                    | Diagnosis - EF - PCTOL                                           |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      | LE - Distress                                                    |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| 2                                                                    | Surgery - EF - Distress + PCTOL                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES       |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?  |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| Sr. No.                                                              | NAME of OTHER SOURCE                                             | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                    |                       |                         |  |
| क्रम संख्या                                                          | अन्य स्रोत का नाम                                                | कौन सी सहायता मिली                                    |                       |                         |  |
|                                                                      |                                                                  |                                                       |                       |                         |  |
| 1                                                                    | DBCS                                                             | 2000                                                  |                       |                         |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शेक द्वाा घोषण ढरः)

- 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) मै ढोषण करत हूँ कि इस ढरूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मै द्वाा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस ढरूप में ढर ढया है।
- 3) मै पुष्टि करत हूँ कि बिना सहायता हेतु ढर ढार्थन को गार् है, उस यथा का भौतिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोषक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शेक द्वाा 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढरूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मै (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करत हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करत हूँ कि मेरा नाम, ढर, फोटो और जो विवरण इस ढरूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दूर, ढर/ढर/ढर द्वाारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी ढरस माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे ढरूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के ढरले या ढर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (अर्शेक) इस ढर से सहमत हूँ कि मेरा नाम, ढर, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सार्वभौमिक "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वाा 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न ढरस से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) ढर कि न तो ढरमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाा ढरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाा सहायता विनिर्दिष्ट आर्थिक/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय ढरर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय ढरकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वाा ही गई सलाह या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाा किसी ढरस का कोई दायन नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर मुद्रा और जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N****Senior Manager  
OUTREACH BANGALORE**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

08/04/25

**Dr. M. PAVITHRA MBBS,**  
**MS Consultant Ophthalmologist**  
**Bangalore Diabetes & Eye Hospital**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar, Bangalore-52  
KMC No-91567**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2