

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0425/0232.

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथी

12/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Varalakshmi

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

604 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकुल का नाम

N/o Shivalingaraj

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पाला

H.NO. 366, Hosagauri Colony Block number  
taluk-mandyal district-Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्यापार आवासस्थान पाला

— 11 —

OCCUPATION:

अप्रभाव

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक व्यापार

(Attach Proof of Income)

(आप का व्यापार मंत्रालय)

PAN No. उचित उपाय संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मैं आप आप कर दशा हूं (जो यानि हो उस पर सही का नियान लगाएँ)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No.  
क्रम संख्याName of Family Member  
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)  
उम्र (वर्ष)Gender  
लिंगRelation with Applicant  
आवेदक के साथ सम्बन्ध

①

Mayamma

59

F

Daughter in law.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाशी आवश्यकSPV Card  
(Attach Card Copy)(एटीबी-टेक्स के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जापां चाहिे संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)(अस्पताल आप की प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जापां चाहिे संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)(उपचारकालीन कार्ड  
(प्रमाण पत्र की जापां चाहिे संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof

(अस्पताल कोई साक्षण

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न

①

Diagnosis:

RF cataract

LF cataract

Surgery:- LF CAT-CPDc

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

ई गई सहायता राशि

①

RB ICs

2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवादक द्वारा सोचा गया :

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस प्रकाश में किये गये सभी विवरण मेरी सहायता के अनुदान लाभ एवं सही है। यदि कोई विवरण यह काम असाध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो गई है, उसका उपयोग उद्देश्य की पूर्णता के लिए विवरण लायेगा, जो इस प्रकाश में प्राप्त नहीं है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस सहायता से यह जारीना की गई है, उस गरिमा का अधिकार या सम्बन्धित किसी अन्य संस्था/नियोजित व्यक्ति कामगारी में न तो लिया है और न ही अधिकार में सूचा है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवादक द्वारा करा)

- 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस छाप पर अपने हस्ताक्षर या अंकुर को जाप लगाकर, मैं (अवादक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ यदि "कोशिका फाउंडेशन" जो अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में प्राप्तित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, साहाय्या दूसरे वर्तनाम से जुड़ी विवरियां और उल्लिखितों के लिए किसी भी प्राप्त लाभमें प्रयोगित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरे इताब के पहले या बाद में बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवादक) इस गति से सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उपयोगित हैं युक्त भासा; सहायता का लाभान्वयन नहीं बढ़ाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अधिकारी का विशेष अधिकार और बाध्यकारी होगा।

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

अवादक के हस्ताक्षर या अंकुर का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पातल द्वारा करा)

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 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.

इनको अधिकृत, हस्ताक्षरी या अंकुर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हाप (हमस्तान) निम्न प्रकाश में लाभ व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जारीना और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सहायता सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उक्त विविधानों में से ऐसे या ऐसे हों है, जैसे कि हापे "कोशिका फाउंडेशन" से विविधानों/विविध उक्त के बावधान में "कोशिका फाउंडेशन" हाप सरद हेतु किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता/सम्बन्ध के किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता भेजने का अधिकार बुझिल रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल हापीय सरद उक्त विविधानों हेतु किसी भी सहायता सम्बन्ध या किसी भी अन्य साधान में नहीं लेंगा/लेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाने वाली सहायता संबंध विविध प्रकृति की है। ऐसी या हास्पातल हाप या गई सहायता का चुनाव ऐसी एवं हस्तान के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" हाप किसी प्रकार का बोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्तान में ऐसी के इताब सूचा और आने जाने की सही विवेदारी ऐसी एवं हस्तान को होनी चाही "कोशिका" भी कोई भूमिका या विवेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संमति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**

**Senior Manager  
OUTREACH BANGALORE**

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**  
(A unit of Shradhha Eye Care Trust)

Vasantha Nagar, Bangalore-52  
Vasantha Nagar, Bangalore-52

Date of Surgery  
अंपारेशन की तारीख

**Dr. M. PAVITHRA MBBS,**  
**MS Consultant Ophthalmologist**  
**Bangalore Diabetes & Eye Hospital**  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)  
Vasantha Nagar, Bangalore-52  
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION  
KMC NO-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

*S. Sengal*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

*Lakshmi*