

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation BUILDING BLOCK OF LIFE.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या:		B/0625/0784		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		
				10/6/25		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Tolasamma		AGE-YEARS आनु-वर्ष	SEX लिंग	
				64	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तम का नाम				N/A Kalka Nairc.		
PARENTS' RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पत्ता				pic op - post op 0784 - Tolasamma		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पत्ता						
OCCUPATION : व्यवसाय		Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सिलान्)				
AN No. स्वास्थ्य खाता संख्या						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कर आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें।)						
Yes / No हां / नहीं						
FAMILY DETAILS परिवार विवरण						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार						
☒ BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड की नक्का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		☐ Any Other Basis/Proof अन्‍य कोई साक्ष्य
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिनाओं का उद्देश्यः						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तजात/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न					
०४	Diagnosis:- RE - pcat LE - cataract					
३९	Surgeonry:- LE - cataract + pcat					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य में 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 सी गई सहायता राशी		
१५	Salas DBCS			2000/-		

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये बिना अन्यथा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लियेगा।

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/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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, दान, सार्वजनिक रूप से इत्यादि में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रेषित है उसके द्वारा सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उपासी न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ा में स्पष्ट/स्पष्टी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मरने उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सब कुछ किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने नाम की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

Dr. M. PAVITHRA MBBS
MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
V. Narasimhaiah Bangalore-52
KMC No 91567

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
के लिए 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)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/6/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]