

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : 3/0725/1027		APPLICATION DATE : 08/7/25		
NAME of APPLICANT : Jayavel		AGE-YEARS : 54	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o M. Rajalingam.				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : #133, 12th Main Road, K.D. Agrahala, Bangalore - Karnataka.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above.				
OCCUPATION : Coolie.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 22,000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Sathya	48	F	Wife
2	Karthik Kumar J	25	M	Son
3	Santhosh Kumar J	28	M	Son
4	Dinesh J	22	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
☒ BPL Card	☐ EWS Certificate	☒ Ration Card	☐ Any Other	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1	Diagnosis	RE Cataract		
		LE Cataract		
2	Surgery	LE Cataract + PCICL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में नहीं, उस गति का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य प्रोत्तिबोधक/व्यक्ति/कंपनी से न ले लिया है और न ही यह घोषणा मैं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की 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" एवम् न्यासी, आप, या कदापि दूसरे उद्देश्य में मुझे प्रोत्तिबोधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करे। इस प्रारूप का विवरण मेरे इलाज की सहायता या कार्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अधीन है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.
- हमने अधिलेखित, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के लिये हम किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं दी जाती है तो हस्पताल को सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल को सहायता के लिये किसी भी प्रकार की सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल को सहायता के लिये किसी भी प्रकार की सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका इस्तेमाल केवल वित्तीय उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल को सहायता के लिये किसी भी प्रकार की सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल को सहायता के लिये किसी भी प्रकार की सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/11/25

Dr. M. PAVITHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]