

| <b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b><br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                     |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                 |                   | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Block of life</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>APPLICATION No. :</b><br>आवेदन संख्या : B/0725/1383                                                                                                  |                                                                                              | <b>APPLICATION DATE :</b><br>आवेदन तिथि 20/7/25                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>NAME of APPLICANT :</b><br>आवेदक का नाम putamma                                                                                                      |                                                                                              | <b>AGE-YEARS</b> आयु-वर्ष 70                                                                                                                       | <b>SEX</b> लिंग F |                                                                                                                                                              |  |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b><br>पिता/कटुम्ब का नाम slo Dolegowda                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवास पता                                                                                                       |                                                                                              | Bariborarakoppale slegamargala (P)                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS</b> स्थाई आवास पता                                                                                                       |                                                                                              | mandya (D) katalake                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>OCCUPATION :</b><br>उद्योग putamma Home Maker                                                                                                        |                                                                                              | <b>MARRIED</b> (विवाहित) / <b>UNMARRIED</b> (अविवाहित)                                                                                             |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b><br>कुल वार्षिक आय                                                                                                          |                                                                                              | <b>(Attach Proof of Income)</b><br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                                          |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>PAN No.</b> स्थाई खाता संख्या                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE</b> (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर शुद्ध हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)                  |                                                                                              | <b>Yes / No</b><br>हां / नहीं                                                                                                                      |                   |                                                                                                                                                              |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                         | Gender<br>लिंग    | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध                                                                                                                |  |
| 1                                                                                                                                                       | Sivaramma                                                                                    | 31                                                                                                                                                 | m                 | son                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) |                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) |                   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)                        |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                       | Diagnosis:- RE - cataract                                                                    |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         | LE - cataract                                                                                |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                                       | Surgery:- RE - cataract + p uol                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                   |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                                            |                   |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                       | DBCS                                                                                         | 2000/-                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                              |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही 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 पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उक्त राशि का अधिक या समकाल हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हाइजर/व्यक्ति/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बल्म, न्यासी, चार, पात्र/व्यक्ति द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या भत्ते में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेंगे या लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सन्तुष्टन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सन्तुष्टन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या विनिर्देशी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>25/7/25    | <b>Dr. M. PAVITHRA MBBS.</b><br>MS Consultant Ophthalmologist<br>Bangalore Diabetes & Eye Hospital<br>(A unit of Shraddha Eye Care Trust)<br>Vasanthanagar, Bangalore-52<br>KMC No-91567 | <b>Mr LAKSHMIPATHI N</b><br>Senior Manager<br>on behalf of Hospital<br>(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)<br>DIABETES & EYE HOSPITAL<br>(A unit of Shraddha Eye Care Trust)<br>Vasanthanagar, Bangalore-52 |
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> |                                                                                                                                                                                          | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br>                                                                                                                                                                       |