

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Health of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : 13/0925/1785		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 10/9/25			
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम Jayamma		AGE-YEARS मास-वर्ष 65	SEX लिंग F	 pre op postop 1785 Jayamma	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम w/o nambasawda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता Dabbeghatta Hobli Tuturkera Taluk Tumkur District Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता -					
OCCUPATION: व्यवसाय coalie	MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा) ☒ MARRIED		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 26,000/-					
PAN No. स्पष्ट बायां ओर	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / हाँ / No / नहीं ☒				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिलाने के लिए आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के नीचे लिखें यह (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करने को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करने को)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करने को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये निम्नों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीति के कपी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis		R.E cataract L.E cataract		
②	Surgery		L.E cataract + PCTOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु और अन्य साधकों किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED को गई सहायता राशि			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता पूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही का ज्ञाता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/duplicate/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बतौर हैं, इसे "कोशिका" समूह, न्यासीयों, डॉ. लक्ष्मीपथी द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारण से उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को प्रचारण के प्रयोजन से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उद्देश्यों में प्रयोग है कुछ प्रकार: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इन समर्थन में "कोशिका" समूह, न्यासीयों या निर्णय, अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आदेश/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी आबादी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से लेने या ले रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश। इस बात का हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/अनुमति हेतु संक्षुब्ध नहीं किया जाता है तो हमने/हमारे किसी अन्य के सहायता प्रयोजन या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विनियमित प्रकार इस रोगी/रोगी हेतु किसी भी आबादी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" के ही नहीं सहायता प्रयोजन वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य संस्थान/संस्थान का प्रयोजन नहीं है। हमारे सहायता प्रयोजन में रोगी के प्रत्येक प्रयोजन और अपने अपने को नहीं सिफारिश/रोगी एवं हॉस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की छाप/हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/9/25

Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S., D.C.C., F.C.P.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर के साथ

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On behalf of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2