

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Dreams of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0935/1799		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/9/25			
NAME of APPLICANT : अर्शदक का नाम Ranganamma		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 77	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम W/O Bezavalingappa					
PARENTS RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान Kallayyampetla, Rangapeta post					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास स्थान Kolamchikarabath, Tintur Taluk, Tirumkur District Konnattika					
- II -					
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. स्वामी द्वारा संचालित					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो लागू हो उस पर 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 अर्शदक से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) एनडी कार्ड है जो अप्रमाणित है। (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती प्रमाण को)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती प्रमाण को)		Ration Card (Attach Copy) अनुदान कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रती प्रमाण को)	
Any Other Basis/Proof आय कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मांगें किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगचित्रा/प्रीति का जारी की गई इतिवृत्त पूर्ण प्रमाण				
	(1) Diagnosis RE Cataract I.E. Cataract				
	(2) Surgery RE Cataract + P.I.O.L				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी मांगें सहायता प्राप्ति		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करने का)

- 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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इसके लिये कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करने का)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/upload/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1). इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण को "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को सौंप रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसके उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फांडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को सौंपने से मैं अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए स्वतंत्र रूप से उत्तरदायी हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करने का)**

- 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 हमारे संस्थान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव में मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे संस्थान भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहे हैं, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं होती है, तो हमारे संस्थान को अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम यह स्वीकार कर रहे हैं कि कोशिका फाउंडेशन को हमारे मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे संस्थान द्वारा दी गई सहायता या किसी भी अन्य सहायता का चुनाव हमारे संस्थान और रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं किया जा सकता है। हमारे संस्थान को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण उत्तरदायित्व और सुरक्षा के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)

OUTREACH BANGLORE**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanth Nagar Bangalore-52

(पता)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/9/25

Dr. PRESTEL B.M.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसेमंद

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसेमंद