

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1935		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/9/25		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Gangamma		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 40	SEX / लिंग : F	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : N/o Siddappa				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : Atasikall (P) Channarayana - Madan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता : 				
OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. / पैन संख्या : 				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को सत्य हो उस पर छीने 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 क्या संबंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधारों में से छीने किसे आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेश की पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)
				Any Other Basic Proof / अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / कारणों से छीने किसे का उद्देश्य				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/वैद्यकीय से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
1	Diagnosis RE - cataract			
2	Diagnosis RE - cataract + pterid			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य से छीने कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो रकम सहायता छीने		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं वर्तमान में नहीं है, जो भविष्य में भी नहीं होगा कि अन्य कोई/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही सहायता में लूट।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देकर, मैं (अर्शक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा प्रसारण के लिये किया जा सकता है। इसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" को दानों को एकत्रित करने के लिये किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को प्रसारित करने के लिये किया जा सकता है। इसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" को दानों को एकत्रित करने के लिये किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टि द्वारा सहमत)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (स्पष्टि) निम्न प्रकार से 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 प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता के बिना ही रोगी का उपचार किया जाता है।

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (स्पष्टि) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shree Ranga Eye Care Trust)****Vasanthanagar - Bangalore - 52****Date of Surgery**

ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

Dr. PRADEEP D.S.
M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.C.C.
Specialist Cataract and Refractive
Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2