

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Bonds of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1945		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/9/25				
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Eramma		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 67		SEX / लिंग : F		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Mr. Ravaligappa						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : Chittalethu Gollabettu Twp. P.O. Arasikere (R) Hassan (D) Karnataka						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : ee						
OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : Rs. 10,000			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / आयकर पहचान संख्या : ee						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (जो बॉक्स को उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : ☒ Yes / हाँ ☐ No / नहीं						
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण						
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध		
1	Ravaligappa	70	M	Husband		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विवरी आधार : ☒ BPL Card (आयकर कार्ड की प्रमाण पत्र (असहायता पर की जाय प्रमाण पत्र को) ☐ BWS Certificate (आयकर प्रमाण पत्र (असहायता पर की जाय प्रमाण पत्र को) ☐ Ration Card (आयकर कार्ड (असहायता पर की जाय प्रमाण पत्र को) ☐ Any Other Basis/Proof (अन्य कोई आधार)						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु दिने गये विवरी का उद्देश्य :						
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
1	Diagnosis - RT - cataract					
2	Diagnosis - LT - cataract					
3	Diagnosis - RT - cataract + ptosis					
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है : ☐ Yes ☒ No						
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा करता है:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, जो कि किसी भी अन्य व्यक्ति या संस्था द्वारा किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/लोकल संपत्ति से प्राप्त किया है और मैं इस प्रपत्र में झूठ लिख रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस करता है):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी, मेरी नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" का उपयोग कर सकते हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए, या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" का उपयोग करने के लिए कोशिका फाउंडेशन और/या ट्रस्टी को मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का निर्णय लेने का अधिकार होगा। इस निर्णय में मैं सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इस करता है):

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले के अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) सिर्फ प्रपत्र में नाम व उद्देश्य करने हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य रखते हैं, जो कि हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनिवार्य सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में अनिवार्य कहा जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनिवार्य सहायता के बिना हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपर्युक्त हस्ताक्षर करने वाले को सारी जिम्मेदारी लेनी पड़ेगी कि उपर्युक्त सहायता का उपयोग कैसे किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता के बिना हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of Hospital)
ONABEYES & EYE HOSPITAL
(A unit of Sridhar Eye Care Trust)
Vasanthnagar Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्येष्ठ ट्रस्टी 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ ट्रस्टी 1

[Signature]

[Signature]