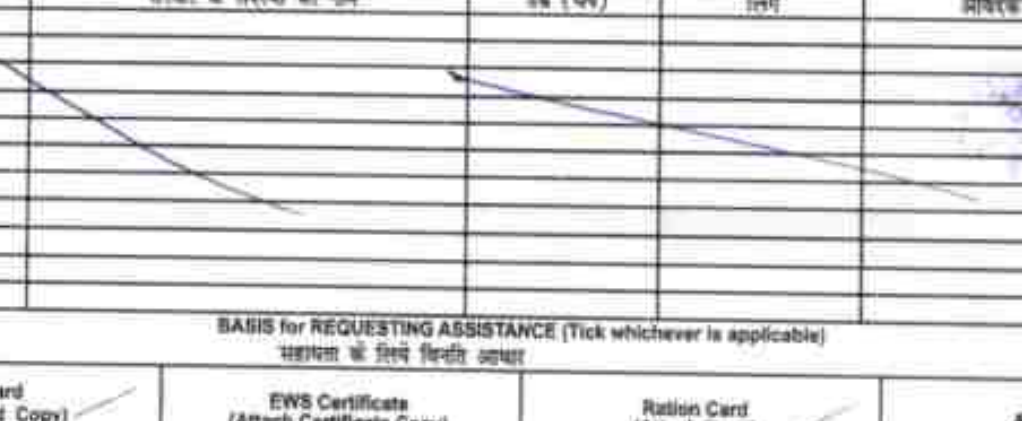


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/1025/2069		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 10/10/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Kargamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				60	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम					
Ningegowda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
Samarahalli, Dindagur, Hassan Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय			Homemaker		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आ आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No हां / 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 के साथ सम्बन्ध	
					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विपत्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis TRE - Cataract LE - Cataract				
2.	Surgery TRE Cat + PCIOK				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता पानी	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में, अपने भुगतान के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो भुगतान लेऊँगा और न ही भुगतान से मना करूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, चिकित्सक, दवा, उपकरणों, दवाइयों, उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, सहायता का इलाज नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, चिकित्सक का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ उन्हीं के माध्यम से मांग व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें उक्त सहायता किसी अन्य स्रोत से मांगनी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना होगा और हम (हस्पताल) का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें उक्त सहायता किसी अन्य स्रोत से मांगनी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना होगा और हम (हस्पताल) का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/10/25

(Signature)
Dr. PREETHI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Mr. Lakshmi Prasad N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Siddha Eye Care Trust.)
16/3M, Thimmathur Road, Miller Road, Badli, Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2

(Signature)