

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                                                                  |                                                   | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small>                                                                 |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: <b>B/2395</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: <b>7/11/20</b>                                                                                                                                                                        |                                                   | <br><br><b>Pre OP 2395</b> <b>post OP C.G. Rathanna</b> |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: <b>C.G. Rathanna</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            | AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>49</b>                                                                                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                | SEX लिंग: <b>P</b>                                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: <b>W/o Rajanna</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: <b>11-NO-42, Areeahalli Shivamapura, Bangalore Karnataka</b>                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: <b>11</b> |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| OCCUPATION: व्यवसाय: <b>Homemaker</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                | TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <b>22000/-</b>     |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| AN No. स्थाई खाता संख्या: <b>22000/-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें): <input checked="" type="checkbox"/> Yes / हाँ / <input type="checkbox"/> No / नहीं |                                                   | FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                                                                                   |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member<br/>परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years)<br/>उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender<br/>लिंग</th> <th>Relation with Applicant<br/>आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">/</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                            | Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                              | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                                                                                    | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध         | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | / |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br/>सहायता के लिये विनियम आधार</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <b>BPL Card</b><br/>                     (Attach Card Copy)<br/>                     गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br/>                     (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                 </td> <td> <b>EWS Certificate</b><br/>                     (Attach Certificate Copy)<br/>                     अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br/>                     (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                 </td> <td> <b>Ration Card</b><br/>                     (Attach Copy)<br/>                     राशन कार्ड<br/>                     (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                 </td> <td> <b>Any Other Basis/Proof</b><br/>                     अन्य कोई साक्ष्य                 </td> </tr> </tbody> </table> |  | BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनियम आधार |  |  |  | <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>राशन कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                                          | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                                                                          | Gender<br>लिंग                                    | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनियम आधार                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>राशन कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                        | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य  |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br>सहायता हेतु किसे गये विमर्श का उद्देश्य:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                                                                                                                        |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | <b>Kagonis Rk Cataract</b>                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | <b>4k Cataract</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | <b>Surgery Rk Cataract + PCIOH</b>                                                                                                                                                                                  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीका गया है?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                                                                                                                           |                                                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                                                                                                                       |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                         |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                              |                                                  |

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a resident of the State of Maryland. ☐ I am not a resident of the State of Maryland.

- DECLARATION by APPLICANT: अवगत है कि मैं यहाँ निम्नलिखित बातें घोषित कर रहा हूँ:
- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, राय, रायदाया/पुत्रों/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहाते या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः; सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवधिक के इलाजका या समुह के नियाम

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL USE ONLY)

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: \_\_\_\_\_ that financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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 अधिकतर, हाथकड़ी की ओर से मामले/एंगो को "कोरुका फाइनडेसन" से विलियम महापात हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्फान्त) किन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही भविष्य में विधिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उक्त ऐंगी/पार्लमेंट में लेने या ले ले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत आर्थिक/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो असम्मत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मत द्वितीय मरद उक्त ऐंगी/पार्लमेंट हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने एवं सहायता केवल विधिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हमसमत द्वारा लेने एवं सहाय या बिधे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं हमसमत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हमसमत में ऐंगी के इतक मुरदा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं हमसमत की होगी और "कोशिका" को कोई दृष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

04/11/25

Dr. PREETHI. B.K.

M.B.B.S., D.O., FIGO, FPOS

Specialist Certificate and Stamp  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डा. जयदेव का जन्म १९४९ ई. में हुआ।

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

॥ दिनांक २०/०५/२०२० ॥

20-1100000-0000 (The Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनारकल चिकित्सालय (Sri Siddhanta Eye Care Trust)

**Vaccinazione contro l'Influenza-52**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तप्रकारः २