

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

8/1235/2857

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि :

12/12/25

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Shivanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Chikkamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

H.NO. 84, Akuru Ghythamuramahal, post

Honnurvalle, Hobli Katamarayakurahal, Tip. tal.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता

Taluk, Tumkur District, Karnataka



pre op post op  
2857 Shivanna

OCCUPATION :  
व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

93,000 /

(Attach Proof of Income)  
(आय का सत्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| 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 सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| ①                      | Suresh                                            | 33                         | M              | Son                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा को नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>प्रभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किन्ने गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis RE cataract<br>LE cataract                                                         |
| ②                      | Surgery LE cataract + p.c.i.o.                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भाग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि शिवा सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सातत विरस्त किसी अन्य स्रोत/विधायक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेक इग कर)**

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे न्यासी सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन से इस्तेफार या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्तेमाली को और से मानने-पाने को "कोशिका पाठानुष्ठान" से विहित सहायता हेतु सरकारों को जारी है, किसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत में उक्त रोगी/भगमने में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विपणित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनाति सार्वजनिक/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जात है तो असमयत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समुद्राधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि असमयत द्वितीय मदर उक्त रोगी/भगमने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समुद्र से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इसमयत द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इसमयत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इसमयत में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सटी बिन्धेधरी रोगी एवं इसमयत की होगी और "कोशिका" की कोई धुनिका या जिम्मेधारी इस भगमने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्थिति

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

12/12/25

Dr. PREETHI. B.K.  
M.B.B.S., D.D., FICO, FRCO  
Specialist Colorectal and Pediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
TH

Mr. LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
OUTREACH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

STEE 1

STEE 2

(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी इत्यादि ।

Ergebnis

स्वामी हस्ताक्षर 2

Rich