

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		B/0126/3262		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 22/1/26	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम		Nagamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		42		f	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम					
Mo Nagalaji					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता					
Berambhat, Gundlurpet (T), Channarayana					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता					
OCCUPATION: व्यवसाय			Home maker		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			MARRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वामी खाता संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 'य' आय कर करता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No हा / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
15	Nagalaji	55	m	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे शामिल यह (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
15	Diagnosis - Rt - cataract Lt - cataract				
25	Surgery - Lt - cataract + pld				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

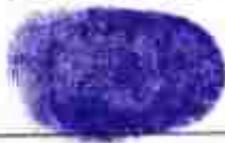
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकृत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रमाण में धरा रखा है।
- 3) मैं यही पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अवगत करवाता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमाण में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" समूह, न्यासी, दान, वाचनादि हेतु उद्देश्य के लिये प्रचारित/प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा। इस उपयोग के द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना किसी भी प्रकार के प्रतिशोध के प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण को प्रचारित करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रतिशोध के प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस उपयोग से "कोशिका" समूह इसके न्यासी का प्रचारित करने और वाचनादि करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा हस्ताक्षर और अंगूठे का निशान देकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में बिना सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/प्रक्रियाएं प्राप्त की हैं। यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है, तो हमें इससे अधिकृत करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/प्रक्रियाएं प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता/प्रक्रियाएं केवल वही सहायता/प्रक्रियाएं हैं जो कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता/प्रक्रियाएं केवल वित्तीय प्रकृति की हैं। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या प्रक्रियाएं केवल वित्तीय प्रकृति की हैं। इससे अधिकृत करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/प्रक्रियाएं प्राप्त करने के लिये अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/11/2025

DR. PREETHI B.K.
MBBS, D.O., FICO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर और निशान के साथ

Mr. LAKSHMI PATHY
Senior Manager

Authorised Signatory
on behalf of Hospital
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2