

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                      |                                                                                                                                    |  <b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या:                                                                                                                |                                                                                              | B/0225/3698                                                                                                                                  |                                                         | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि                                                                                                    |                                                                                                                                                            | 18/2/25                                                            |    |                                                                                                                            |  |  |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                              | Nararamma                                               |                                                                                                                                    | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                                                                         |                                                                    | 62 |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    | SEX लिंग                                                                                                                                                   |                                                                    | F  |                                                                                                                            |  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/कनूष्य का नाम                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                              | o/o Baibiah                                             |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासिय पता            |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              | Kankur Pananagale Kalsake                               |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासिय पता          |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| OCCUPATION :<br>उद्योग                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                                              | Home maker                                              |                                                                                                                                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                   |                                                                    |    | <br>pre op - postop<br>3698 - Nararamma |  |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें) |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable);<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)                  |                                                                                              |                                                                                                                                              | Yes / No<br>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 से संबंध                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                                              | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Card Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |    |                                                                                                                            |  |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे गये विनाश का उद्देश्य:                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                           | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| ①                                                                                                                                                | Diagnosis - PE - cataract<br>LE - cataract                                                   |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| ②                                                                                                                                                | Surgery - RE cataract + ptosis                                                               |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |
| ①                                                                                                                                                | DBCS                                                                                         | [Signature]                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                    |    |                                                                                                                            |  |  |

**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 हैं। यदि कोई विवरण एवं वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उम्मेद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का वापस या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, राज, वाचना/पत्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से 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 मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

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

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

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from any other 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अस्वीकार/सकल हेतु धनराशि नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही है या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इतलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

18/11/25

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant Plastic & Reconstructive  
KMC No. 90284

**Mr. Lakshmi N**  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shree Siddhanta Hospital & Health Care Pvt. Ltd.)  
# 16/M, Thimmalat Road, Miller Taluk, Bag Area

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2