

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                  |                                                             |                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APPLICATION No.:</b><br>आवेदन संख्या: <span style="font-size: 1.2em;">B/0325/4015</span>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                               | <b>APPLICATION DATE:</b><br>आवेदन तिथि: <span style="font-size: 1.2em;">11/3/25</span>                                                              |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>NAME of APPLICANT:</b><br>आवेदक का नाम: <span style="font-size: 1.2em;">Baramma</span>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               | <b>AGE-YEARS</b> उम्र-वर्ष<br><span style="font-size: 1.2em;">77</span>                                                                             | <b>SEX</b> लिंग<br><span style="font-size: 1.2em;">F</span> |                                                                                                                                      |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME:</b><br>पिता/कटुम्ब का नाम: <span style="font-size: 1.2em;">H/o Doddalingaiah</span>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवासीय पता<br><span style="font-size: 1.2em;">Bemmalapura, Gundlupet (T),<br/>Chamarajapuram, Katakote</span>                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:</b> स्थायी आवासीय पता<br><span style="font-size: 1.2em;">[Blank]</span>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>OCCUPATION:</b><br>व्यवसाय: <span style="font-size: 1.2em;">Home maker.</span>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b><br><span style="font-size: 1.2em;">[Blank]</span>                                                   |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME:</b><br>कुल वार्षिक आय: <span style="font-size: 1.2em;">[Blank]</span>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                               | <b>(Attach Proof of Income)</b><br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                                                                      |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>PAN No.</b> स्थायी खाता संख्या: <span style="font-size: 1.2em;">[Blank]</span>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Yes <input checked="" type="checkbox"/> हाँ</span> <span>No <input type="checkbox"/> नहीं</span> </div> |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| 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                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                                                            |                                                                                               | <input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| <input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई दाय्य                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Diagnosis:- PG - Cataract                                                                     |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Diagnosis:- LF - Cataract + pcat                                                              |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                      |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>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>तो गई सहायता राशी                                                                                             |                                                             |                                                                                                                                      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DBS                                                                                           | 2000/-                                                                                                                                              |                                                             |                                                                                                                                      |



**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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का वापस या सकल किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले 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 सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, वाचना/या दूसरे 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 फाउन्डेशन" व न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**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 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 अधिपूत, हस्ताक्षर की ओर से मामल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमोदित/अनुमोदित हेतु प्रस्तुत नहीं किया 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 मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्च की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या किन्हीं-पैरी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Lakshmi Prathali N  
Manager Outreach

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/5/25

**Dr. M. PAVITHRA MBBS.**  
MS Consultant Ophthalmologist  
Bangalore Diabetes & Eye Hospital  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar, Bangalore

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
जान व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्याता हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्याता हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*