

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B 0375   2126	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 24/3/25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Huchamma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम	W/o Chokanna	85	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: परिवार आवासीय पता		Keriyarapetla, Tiptur (K) Taluk		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: राहीं वाचासीय पता		<u> </u>		
OCCUPATION: परिवार	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक जमा		(Attach Proof of Income) (जाय का साक्ष प्रमाणन)		
PAN No. स्पार्ट साक्ष प्रमाणन				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आव तर कर रहे हैं (जो मान छो तर पर मही का निशान लगाये)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिए विवाहित अवधारणा				
BPL Card (Attach Card Copy) प्रधानमंत्री रोज़गार के नीचे इमाग पर (इमाग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आव अव वार्ग इमाग पर (इमाग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमाग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवाहित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिलार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
4	Diagnosed LF - cataract LF - cataract			
5	Surgery - LF - cataract + pcll			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई जन्य सहायता किसी जन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE जन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी हई सहायता राशी		
4	DBIS	3000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 कोशिका कानून हूं कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण यहीं जातीहाँ के अनुसार यह एवं चली हैं। परं कोई विवरण एवं काम अपार यह जाता है तो उसी बाबत किसी नियम को जो समझती है।
- 2) मेरा द्वारा जाहाज यह "कोशिका फाइनेंस", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकाश में भा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण यह एवं चली गई रूपान्धीन्योक्तव्योंका कानूनी से न हो जाएगा है और न ही भविष्य में जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कानून)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर आवेदक द्वारा जाने की ताप लाएकर, मैं (आवेदक) आपसी महानी की पुष्ट कानून हूं एवं "कोशिका फाइनेंस" और उसके जाहाजों "जो अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे और जो विवरण इस प्रकाश में खोला है, उसे "कोशिका" इवम् नामी, दात, वाक्यावय दूषि-उद्देश्य से जुड़ी नियमित्यर्थ और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपरा याप्ताद्वय में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकाश का विवरण मेरी इच्छा के अन्तर्गत के चलते या बाहर मेरे करने के लिये "कोशिका फाइनेंस" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस कानून में जाहाज हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण जो कि जाहाज के उद्देश्य से अधिकृत है युक्त सत्ता: महानी का उपलब्ध जीव जाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का नियम अधिकृत और जापकारी होगा।

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

आवेदक के इसकाना या अंगूठे का नियम



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पताल द्वारा कानून)

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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, इसकानी की जाता ने मामलेहाँरी को "कोशिका फाइनेंस" से विविध याप्ताद्वय हेतु विकारीया भी जाती है, जिसे इस (हास्पताल) नियम प्रकाश में याप्त व स्वीकृत करती है।

1) यह कि न तो याकिस और व ही याप्तिय में विविध याप्ताद्वय दिये गए जाकरो संस्करण या विकारीयां अपने याप्त स्वीकृत से उपर योग्यता में लाने का ले रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फाइनेंस" में विविधविविन्दि उपर के सम्बन्ध में "कोशिका फाइनेंस" द्वारा मदर हैं तो है। परं "कोशिका फाइनेंस" द्वारा याप्ताद्वय विनियोगकाल देतु यन्त्र नहीं किया जाता है तो अप्यताद्वय विनियोग नहीं याकानी योग्य या विकारीयां अपने सम्बन्धाने का विकारीयां याप्ताद्वय देती जाती है। इस पुष्टि में स्पष्ट यहा जाता है कि अप्यताद्वय द्वितीय यदृ उपर योग्यता हेतु किसी और याकानी योग्य या विकारीयां अपने याप्ताद्वय में जानी होती है।

2) "कोशिका फाइनेंस" में ली गई याप्ताद्वय बंदेल विविध प्रकृति भी है। यांत्री या हास्पताल द्वारा दी गई याप्ताद्वय का विविध याप्ताद्वय का योग्यता या विकारीयां का कोई याप्त नहीं है। अप्यताद्वय हास्पताल में योग्यता के उपर योग्यता और आवेदन की योग्यता जो जाने की योग्यता होती है तो "कोशिका" को जाने पुनर्वाप्त या विविधहाँ इस याप्ताद्वय में जानी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

*Mr. Lakshmi Pathi N*

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद हास्पताल अधिकृत विकारीय

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख <i>14/3/25</i>	Dr. M. PAVITHRA MBBS. MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore - 52 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION KMC NO-91567
---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2