

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                    |                                                   | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------|---|-----------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि :                                                             |                                                   | <br>Building block of life.                    |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष :                                                                           |                                                   | SEX लिंग :                                                                                                                        |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहस्र का नाम :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     | PRESENT RESIDENCE ADDRESS :<br>वर्तमान आवासीय पता :                                            |                                                   | <br>Pre op - post op<br>0816 - Jayama.         |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :<br>स्थायी आवासीय पता :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     | OCCUPATION :<br>व्यवसाय :                                                                      |                                                   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :                                                                                        |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                     | PAN No. :<br>पैन संख्या :                                                                      |                                                   | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| FAMILY DETAILS :<br>परिवार विवरण :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     | BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):<br>सहायता के लिये विनति आधार : |                                                   | "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य :                                                  |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member<br/>परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years)<br/>उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender<br/>लिंग</th> <th>Relation with Applicant<br/>आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kumatachal</td> <td>45</td> <td>m</td> <td>son</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                     | 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 सम्बन्ध | 1      | Kumatachal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 45 | m                      | son                                       | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card<br/>(Attach Card Copy)<br/>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br/>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>EWS Certificate<br/>(Attach Certificate Copy)<br/>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br/>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>Rajin Card<br/>(Attach Copy)<br/>उपभोक्ता कार्ड<br/>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>Any Other<br/>Basis/Proof<br/>अन्य कोई साक्ष्य</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Rajin Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                                                                                                                                    | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached<br/>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Diagnosis - RE - cataract<br/>+ E - cataract</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Diagnosis - RE - cataract + pupil</td> </tr> </tbody> </table> |  | Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | 1 | Diagnosis - RE - cataract<br>+ E - cataract | 2 | Diagnosis - RE - cataract + pupil |
| 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 सम्बन्ध                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kumatachal                                                                                                          | 45                                                                                             | m                                                 | son                                                                                                                               |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Rajin Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)       | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य      |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                       | <input type="checkbox"/>                          |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diagnosis - RE - cataract<br>+ E - cataract                                                                         |                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diagnosis - RE - cataract + pupil                                                                                   |                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      |                                                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                                                           |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE<br/>अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br/>सी गई सहायता राशी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DBCS</td> <td>2000/-</td> </tr> </tbody> </table>                                                                                         |                                                                                                                     | Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                         | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                                                           | 1              | DBCS                                            | 2000/- | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE<br/>अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br/>सी गई सहायता राशी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> |    | Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                             |                                                                                                                     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.<br/>क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE<br/>अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br/>सी गई सहायता राशी</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> |                                              | Sr. No.<br>क्रम संख्या              | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                        |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DBCS                                                                                                                | 2000/-                                                                                         |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                        |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                        |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                   |                |                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                     |                                           |                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |                                                                                              |   |                                             |   |                                   |



**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 योशिका फाउंडेशन को यह सूचना दे रहा 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) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस रकम का भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सफाया/यह दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी द्वारा जो विवरण मेरी इच्छा को पूरने या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु अनुमति नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त सहायता हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई 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 फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. M. PAVITHRA MOBS  
MS Consultant Ophthalmologist  
Bangalore Diabetes & Eye  
(A unit of Shradha Eye  
Vasanthanagar 82 ga  
KMC No-91552

Mr LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager  
CHINEACH BANGALORE  
EYES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory)

(A. J. Shradha Eye Care Trust)

Vasanthanagar Bangalore-52

अनधिकृत उपयोग हेतु

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/6/25

MS Consultant Ophthalmologist  
Bangalore Diabetes & Eye  
(A unit of Shradha Eye  
Vasanthanagar 82 ga  
KMC No-91552

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2