

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: B/0125/3183  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि 16/11/2025

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम Gurulingamme

AGE-YEARS वय-वर्ष 72 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कपुराम का नाम W/O Siddomallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासोदय पता

Kottakkavali, Channarayapatna  
Blankate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोदय पता



Post-Op Pre-Op  
3183 - Gurulingamme

OCCUPATION: जब्तस्थाप Home - Mate

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आप का दाता है (जो मात्र ही उम पर मही का विशाल संग्रह)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाई आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोपा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इच्छा प्रति संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अम आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इच्छा प्रति संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारका कार्ड (प्रमाण पत्र की इच्छा प्रति संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिलार से जारी की गई प्रतिवेदन भूली संलग्न
1. <u>Diagnosis</u>	<u>Lo - Colaiel</u> <u>Re - Colaiel</u>
2. <u>Surgery</u>	<u>Lo - Colaiel + PC TOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लागू गई सहायता राशि
1. <u>DPCS-</u>		<u>2000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक 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 घोषणा करता हूं कि इस आवश्यकता में दिये गये सभी विवरण ऐसी जगह की हैं जहांमात्र साथ यह मही है। यदि कोई विवरण इस कामन आवश्यक पापा करता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ली है "कोशिका फाउंडेशन", उसका उपयोग उसी उद्देश्य की नृत्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृति में भए गए हैं।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस परिणाम का सहायता या सहायता की निम्नता विषयी अन्य स्रोत/नियोजक/बीम कम्पनी से न हो सकती है और न ही खातिर मैं नृत्यों

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक 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/pull-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 प्राकृति पर जरने सहायता या अपार्टमेंट की लापता तथा, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उत्तरांचल न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राकृति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, या, याकूबपांडा द्वारा उद्देश्य से बुद्धी गतिशीलता और उत्तरांचलीयों के लिये कियो जी इसामार नामांगन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राकृति का विवरण ऐसा होता है कि यह यहां पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस तरह से सहायता हेतु कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित हैं मुझे नहीं; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांगनों का निर्माण अंतिम और बास्तविक होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का निराम

**AGREEMENT by HOSPITAL** (अस्पताल 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.

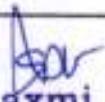
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, सहायता की गोपनीय सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विस्तृतीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विवर सहायता या सम्बन्ध करते हैं।

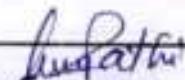
1) यह कि इस तरह सहायता और वह ही भविष्य में विविध सहायता कियो जाए गयी संस्थान या कियो जाए गयी संस्थान में उसकी एंट्री/सम्बन्ध में लोगों या से यह है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विस्तृतीय अधिकृत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हांगू किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग अधिकृत/सकल हेतु बन्दू जूती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गोपनीय संस्थान या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में अपार्टमेंट बदल उक्त एंट्री/सम्बन्ध हेतु किसी गोपनीय संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लोगा/लेगा।

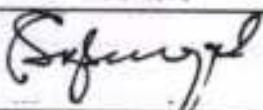
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लोगों की सहायता की विविध अनुदान की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रोक्रिनी का चुनाव गोपी एवं हस्ताक्षर के बोध का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रक्रिया का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोपी के इताब सुनाया और अपने जाने की सही विवेद्यता होगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेद्यता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
समीकृती के लिए संस्कृतिDate of Surgery  
अंतिम दिन की तारीख

  
**Dr. Laxmi Dorennavar**  
(Name)  
MBBS, MS, MPRD, MRCO  
Consultant - Phaco & Refractive

FOR INTERNAL USE @KOSHICA FOUNDATION

  
**Mr. Lakshmi Pathi**  
(Name, Designation or Stamp of Authorised Signatory  
Institute for Distribution of Hospital)  
(A unit of Shrikrishna Eye Bank Trust, Agra)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2