

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

8/0925/1745

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshammamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Adimurthy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Thababumakulaballi, Tondur

Chakkabellapuram District, Khammam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-

pre op post OP
1745 Lakshammamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. क्या प्राप्त किया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पंजीकी सेवा के पोर्टल पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन के साथ की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
①	diagnosis RE catanact LE catanact
②	Surgery RE catanact + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन की पूर्ण रकम को सिर्फ़ किछ आवश्यक, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस धन की पूर्ण रकम, या इस धन का हिस्सा या किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-out/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यम, प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी को फैला देने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को उपयोग के लिए देना, इस बात से स्वतः ही मेरी "कोशिका" द्वारा मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए मेरी मदद करने का अधिकार नहीं देता। इस मदद के लिए कोशिका फाउंडेशन और उनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में नामित की गई रकम को "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में नामित की गई रकम को "कोशिका फांडेशन" से ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अधिकार है कि हम (हॉस्पिटल) को अन्य स्रोत से मदद लेने के लिए अधिकार है।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अधिकार है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अधिकार है कि हम (हॉस्पिटल) को अन्य स्रोत से मदद लेने के लिए अधिकार है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सक के निर्णय पर निर्भर करता है। कोशिका फाउंडेशन को रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है। कोशिका फाउंडेशन को रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है। कोशिका फाउंडेशन को रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अंगुली

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/9/25

Dr. B.K. LAKSHMI
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका का पता

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्ताक्षर 2