

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: B/0925/1757

APPLICATION DATE: 09/09/25

NAME of APPLICANT: Madhiah

AGE-YEARS 72

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o (R) Kunna Hanumaniah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Primalapula, Gundalpet, Channarayana (P),

Kannur.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

Pre OP
MadhiahPost OP
1757

OCCUPATION: Unemployed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (अनुमति संख्या)

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

Yes / No

क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे 'X' चिह्नित करें):

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 से संबंध
①	Shravya .H	39	F	Daughter.
②	Chittakumar .A	60	F	Wife.
③	Shivamurthy .H.	41	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी कार्ड का प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached संलग्न/प्राप्तितरफ से जारी की गई डॉक्टरों के दवाइयों
①	Diagnosis - RE Cataract
	LE Cataract
②	Surgery - RE Cataract.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिले अन्य स्रोत से प्राप्त या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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। कभी कोई विवरण एक कल्पन अथवा गलत बात है तो मेरी सहायक निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग मेरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह धरोहर को नहीं है, यह उचित का अधिकार या उसके बिना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से पैसे ले लिया है और मैं इस सहायक में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 मुद्रा छाप करके, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, पत्र, कम्प्यूटर, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, से मुझे वित्तियतियों और उपलब्धियों के लिये विज्ञापन भी प्रकाश करके मे प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मे उद्देश्य का विवरण मेरे प्रपत्र में उल्लेख है यह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों में उल्लेख है मुझे सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित वित्तियतियों का निर्णय अधिकार और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं की निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

- 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 any other 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते से प्रमाणित होती है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायक हेतु विचारित की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से सहायक में स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि मैं से सहायक और मैं ही अधिकार में वित्तिय सहायक किसी भी बाधकता संभवता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/प्राप्ति के लिये या तो हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/विचारित प्रपत्र के सहायक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जायेगा कि वित्तिय सहायक हेतु प्रपत्र नहीं किया जायेगा है जो अन्यत्र किसी अन्य स्रोत से सहायक संभवता या किसी अन्य सहायक से सहायक लिये का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जायेगा कि अस्पताल वित्तिय सहायक प्रपत्र रोगी/प्राप्ति हेतु किसी भी बाधकता संभवता या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायक प्रकृत वित्तिय प्रकृति की है। लगे या हस्पताल द्वारा ही ली जायेगा या किने गये उपकरण/उपकरण का प्रचार लगे एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकृत का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए हस्पताल में लगे से सहायक प्रपत्र और जाने जाने की जाये विचारित लगे एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई प्रकृत या विचारित प्रपत्र प्रकृत में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)

(A unit of Shree Ganga Eye Care Trust)

Vasanth Mahagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राप्ति हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्ति हस्ताक्षर 2