

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0925/1789

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

T. S. Humireddy

AGE/YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Slo channareddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Tannatampalle, Yerrampalle, Sattenapalle

Taluk

KOLAR DISTRICT

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



pre op post op
1789 T.S. Humireddy

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदाता संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं (को मान्य हो रहा है या नहीं का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भोजी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/वैद्यक से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PCLOK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है।

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बतलाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/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 प्रमाण पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रमाण में बतलाये हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। यह सहमति केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये मे समझौते की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत की सहायता या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ हमारा मत है कि हमारा वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिए हमारे पास कोई भी सहायता नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है। हमारे पास इस प्रकार की मदद प्राप्त या किसी भी प्रकार की सहायता या किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित की लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/9/25	Dr. PRADHIL B.N. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ	Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A Unit of Shradha Eye Care Trust) Vasanthnagar - Bangalore-52
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2	
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	