

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0925/1934

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Chikkamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Nlo Siddorah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Jc puda Annipeta Hanam (D)
Kambala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— — — — —

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : यदि प्राप्त हो तो

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

क्या आप आय कर कादा हैं (जो कानून हो उस पर चिह्नित करें)

Yes / हाँ

No / 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)

आवश्यकता के निम्न विवरण प्रस्तुत करें

☒ RPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण पत्र का प्रमाण प्रस्तुत करें (आवश्यकता पर चिह्नित करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण प्रस्तुत करें (आवश्यकता पर चिह्नित करें)	☐ Balloon Card (Attach Card Copy) अपघात प्रमाण प्रस्तुत करें (आवश्यकता पर चिह्नित करें)	☐ Any Other (Attach Proof) अन्य कोई कारण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यकता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकता/प्रीस्क्रिप्शन प्रमाण प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - RE - Cataract
2	IC - Cataract
3	Endometriosis RE - Cataract + P. Uterus

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 RECEIVED कितनी राशि प्राप्त हुई है



PH OP - post op
1934 - Chikkamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानकर गलत बताया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 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 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 enable 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 अपनी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण में मुझे शामिल करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, का उपयोग कर सकें। इस प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाने से मेरी सहायता हेतु "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने से मेरी सहायता हेतु "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण में मुझे शामिल करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, का उपयोग कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हमारे अधिकृत, प्रमाणित की जाये कि हम सहायता हेतु "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में सत्य मानते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी अन्य सोर्स से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सहायता हेतु "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण में मुझे शामिल करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, का उपयोग कर सकें।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of Hospital and Authorized Signatory)

(A unit of Shree Siddhanta Eye & Skin Trust)

Yeshwanthnagar Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

28/9/25

Dr. PREETHI. B.S.
M.B.B.S., D.O., FGO, FPOH
Specialist Cataract and Pediatric
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बर 1 ट्रस्टी

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बर 2 ट्रस्टी

[Signature]