

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1025/2041

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yashodhamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

33

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

N/o Ramesh .M.K.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Muddenahalli, Hosur, Sina Cr

Trunk (C) Kumbhara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Pre op post op
2041 - Yashodhamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही 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 के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis R6 - PCOL LE - Cataract
②	Surgery LE - Cat + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर यथावत प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता ली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ अन्य स्रोतों से सहायता नहीं लूँगा, जो इस उद्देश्य के लिये ही है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस तरह से प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" परामर्श न्यासी, रात, राबरा/रात दुर्गम इत्यादि में मुझे प्रतिबिम्बित और उपलब्धियों को लिखें किन्हीं भी प्रकार प्रकाश में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रार्थन का विवरण से इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि संस्थाओं को उपलब्ध होने से प्रमाणित है मुझे सलाह: सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" परामर्श न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अध्यक्ष के कार्यालय का अंग्रेजी का विभाग



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

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 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 अधिकार, हमारी की और से हमारे तरीके को "कोशिका पाठ्यक्रम" से विलीन स्थापना हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमारे) विषय प्रकार से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो बीमाग और न ही बीमाग में विधिवत सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठाए जाएगी/पाएगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बीमाग कार्डनेशन" से सिमरित/विमरित उठा कर संस्था में "बीमाग कार्डनेशन" द्वारा मर रहे हैं। यदि "बीमाग कार्डनेशन" द्वारा सहायता विदेशी अधिकार/सहायता से मरने वाली किंग जाल है तो संस्थागत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थागत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विधिवत मर उठाए जाएगी/पाएगी से किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेगी।
2. "बीमाग कार्डनेशन" से लेने एवं सहायता केवल विधिवत प्रकृति को है। रोपी या इमपलेंट द्वारा ही एवं सहायता या बिना एवं उपचार/प्रक्रिया का सुख रोपी एवं इमपलेंट के बीच का विषय है और "बीमाग कार्डनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाज नहीं है। इसलिए इमपलेंट में रोपी को इमपलेंट सुख और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोपी एवं इमपलेंट को होती और "बीमाग" को कोई सुख या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संशोधन के लिए संस्तुति

यथाकृता के लिए संस्तुति

[Signature]

Dr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Sankar Medical Trust)
16/4, Thiruvananthapuram, Kerala, India

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की सीमा

9/10/28

Optimology
TNMC Rm No 85866

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रार व राजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरणे

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

न्यासी वामाक्षर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योतिषी इत्युक्तम् ॥

Rich