

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/1025/2124**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **14/10/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Mangalamona**

AGE-YEARS जन्म-वर्ष: **60** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **w/o Masthishetty**



Pre OP 2124 Post OP Mangalamona

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Tarakambelundi, Gundalpet (7), Channarayana, Karnataka.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: \_\_\_\_\_

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: \_\_\_\_\_ (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रदान करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो 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 सम्बन्ध
1	Masthishetty	60	M	Husband
2	Channashetty	43	F	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये चिन्हित आधार**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लगे बिगती का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE cataract LE cataract
2	Surgery - RE cat + P.I.O.L.

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो**

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य ज्ञान प्राप्त होता है तो वेदो सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु किसी अन्य सहायक से नहीं हूँ, जो पूर्ण या आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य सहायक/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सहायक है और न ही सहायक में लौटूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यायियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वेदो नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, सहायक/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वेदो प्रश्न का विवरण सही ज्ञान के अन्तर्गत या सत्य के अन्तर्गत "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदो नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न



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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/करण हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सहायकारी किसी अन्य सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायकारी हेतु किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सही सहायकारी को किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव सही एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अन्य सहायकारी की सही जिम्मेदारी सही एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वृद्धि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**Dr. PREETHI** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 M.B.B.S., D.O., (स्वीकृती के लिए संस्तुति)  
 Specialist Consultant and Pediatric  
 Ophthalmology  
 TNMO Reg. No. 35685  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
 Senior Manager  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 DIABETES UNIT  
 (A unit of Sir Ganga Ram Hospital)  
 Senior Manager, Bang.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	