

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/1025/2177
आवेदन संख्या : 8/1025/2177

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

NAME of APPLICANT: Mahadevamma
आवेदक का नाम : Mahadevamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64
SEX लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME: D/o Honnappa
पिता/पत्नी का नाम : D/o Honnappa



Post OP 2177
Post OP Mahadevamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Tatkhanambel Hundel, Gundalpet (1), Chamalajpet
वर्तमान आवासीय पता : Tatkhanambel Hundel, Gundalpet (1), Chamalajpet

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:
स्थाय आवासीय पता :
/

OCCUPATION: Homemaker
व्यवसाय : Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय :
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.
आय कर पत्र संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) :
Yes / No
हां / 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
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किन्हीं आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपभोग पर (उपभोग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपभोग पर (उपभोग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसभोजन कार्ड (उपभोग पर की जाय प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने किन्हीं 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 - LE cataract + PCIO.

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पूर्व सहायता राशी
/	/	/
/	/	/
/	/	/

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कल्पन प्रदान किए जाते हैं तो वे भी सत्य एवं सही हो सकते हैं।
 - 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, भविष्य में भी, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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/print-upreproduce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (आवेदनक) अपने स्वामी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ., दान, सहायता/या चिकित्सा उपकरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ती में इसका कोई भी प्रकार का फल से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जिम्मेदार अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सत्य, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- 1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और मैं ही भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मदद नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफ्टिफिकेशन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थान द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रेषित अधिकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता को देने का उत्तरदायित्व का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार से जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Dr. PREETHI
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति
Specialist Ophthalmology and Pediatric Ophthalmology
TNMC Reg. No. 85865
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Foundation of the Government Trusts.)
16/M, Thimara, J. Road, Miller Junction, Dehra Dun

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/10/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2