

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/1025/2136  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Nanjunda Nayaka  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 40  
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: STO Dr. Chittkashiddanayaka  
पिता/सहोदर का नाम



No. of Post-OP  
2136 Nanjundanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vaddate village, Terakavandol, Burdhalpet, Channarayana  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. (आवेदक का PAN संख्या)

RE 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mahadevamma	60	F	Wife.
2	Neelamma	36	F	Daughter-In-Law.
3	Bindee	13	F	Grand Daughter.
4	Rama Nayaka	40	M	Son.
5	Chanderu	16	M	Grand Son.

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती 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 ती गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से उक्त राशि के लिए सहायता नहीं लेऊँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकार जो आवेदनक द्वारा घोषणा की जायेगी, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति के साथ यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकें, जैसे कि "कोशिका" एन.डी.ओ. द्वारा उद्देश्य से दूरी चिकित्सा और उपचार के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग के लिए किया जा सकता है, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस उद्देश्य में "कोशिका" एन.डी.ओ. ट्रस्टी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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, हमारा यहाँ घोषणा करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रसार में अन्य से स्वीकार नहीं करते हैं।  
 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगा/करने में सक्षम है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद नहीं मिलती है, तो हमारा हस्पताल अपने अधिकृत अधिकारी के द्वारा उक्त राशि/राशि को पूरा करेगा/करने में सक्षम है। यह घोषणा करने का अर्थ है कि हमारा हस्पताल किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/बीमा कम्पनी से उक्त राशि के लिए सहायता नहीं लेगा/लेने में सक्षम है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमारा हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा हस्पताल रोगी को इलाज सुझा और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हमारा हस्पताल को "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

*[Handwritten Signature]*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/10/25	Dr. Preeti Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology TNMC Reg No 85888 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, T नाम व पता इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	