

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1025/2157 APPLICATION DATE : 14/10/25  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT : Ramabrishnashetty AGE-YEARS 67 SEX M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Dasashetty  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kothakavadi, Gundalpet (M), Dharmaraj nagar (P), Kharakata.  
वर्तमान आवासीय पता

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



Pr OP 2157 Pr OP Ramabrishnashetty

OCCUPATION : Unemployed. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आय करदाता हैं (जो लागू 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
①	<u>Rajamona</u>	<u>56</u>	<u>F</u>	<u>wife.</u>
②	<u>Basavaraju</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>Son.</u>
③	<u>Venkatesh</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<u>Son.</u>
④	<u>Ravi. B</u>	<u>31</u>	<u>F</u>	<u>Daughter - In-law.</u>
⑤	<u>Swathi. B.</u>	<u>11</u>	<u>F</u>	<u>Grand Daughter.</u>
⑥	<u>Suresh. B.</u>	<u>7</u>	<u>M</u>	<u>Grand son.</u>

**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 कला प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे नये निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<u>Diagnosis - RE cataract.</u> <u>2E Cataract.</u>
②	<u>Surgery - RE cataract + PCIOX</u>

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा पत्र:**

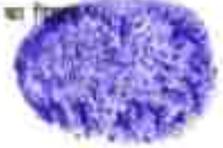
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. If any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 फाउण्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस प्राप्ति का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही अधिकार में लौगा।

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

- 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/post-up/republish 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यायोपयोगी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, साक्षात्/या दूरदर्शन से सूची/पत्रिका/वेबसाइट/अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निष्पत्ति मेरी इच्छा के पराने या कर के कारण से लिए "कोशिका फाउण्डेशन" न जायेगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है, उसे तथा, साक्षात्/या दूरदर्शन से प्रसारित करने के लिए "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा उनके न्यायोपयोगी का निर्देश अधिकृत और सहायकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न छाप



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

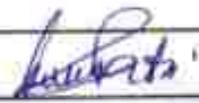
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

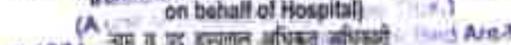
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 न्यायोपयोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के साथ ही "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्विगुण प्रदत्त उद्देश्य प्राप्त हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार इसी पर निर्भर करता है किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>4/10/25</p>	<p>Dr. PREETI M.B.B.S. D.O. F.I.C.C. Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology TMNC Reg No. 85885 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.</p> 	<p>Dr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/M नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी (Hand Area)</p> 
---	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपयोगी 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपयोगी 2</p>
	