

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1025/2139
आवेदन संख्या : 8/1025/2139
APPLICATION DATE : 14/10/25
आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT : Suddamalleppa
आवेदक का नाम : Suddamalleppa
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63
SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
हाल का पता : Hargopur, Chamrajnagar, KANAKA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवास का पता



Pre OP 2139 Suddamalleppa
Post OP

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

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (को मायने हो उस पर सही का निशान लगावे) : 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 संबंध

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE PCTOL. LE cataract.
2	Raregony - LE cat + PCTOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि विद्यमान सहायक हेतु या भविष्य में कोई भी, उस राशि का अधिकतम या समान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया जायेगा और मैं इसी उद्देश्य में सहायक का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" पत्र, न्यासी, पत्र, वाचनालय द्वारा उत्पन्न से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण में प्रकाशित करने पर या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित कर सकते हैं। सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" पत्र, उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) विना प्रथम से प्राप्त न स्वीकार करे।

- 1) यह कि मैं या मेरा अधिकृत और मैं ही अधिकृत से वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत से किसी अन्य रोगी से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त से सहायक में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अधिकृत/कर्मचारी हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हम सहायक किसी अन्य स्रोत से सहायक रोगी या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हम सहायक प्रिथम पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायक स्रोत से किसी अन्य सहायक से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह स्पष्ट या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. PREE RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 4285 DO, E...
 सही/सही के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/10/25	Secretary Cataractal and Pediatric Ophthalmology TN&C Reg. No. 85806 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पिन नं.	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital & Trust.) (A Unit of...) # 16/M, Tra...
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2