

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1025/2143

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 19/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Mahadamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 79 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : N/O Shivappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : #425, Hangala #1, Kundalpet, Shivapura, Channarayana, Kainatara

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



OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : \_\_\_\_\_

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या : \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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	Shivappa	79	M	Husband
/				

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE PCTID LE Cataract
②	Diagnosis - LE Cat + PCTID
/	

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 सी गई सहायता की राशि
/		

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वा. अभ्या. 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 यथावत बता रहा 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 यथावत प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परा प्राप्त है।
- 3) मैं यथावत बता रहा हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस राशि का आर्थिक या स्वास्थ्य हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएम् न्यायोप, द्वारा, वाचकताएं द्वारा उद्देश्य में सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएम् उसके न्यायोप का विवेक जतिल और वाचककारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

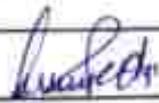
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से वाचक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता माध्यम या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्त आर्थिक/व्यय हेतु प्रस्ताव ली किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस सुनिश्चित रूप से कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय परर प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जा सकती संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं ली/प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह प्रकृत या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/25</p>	<p>Dr. PREET M.B.B.S. D.O. FRCO Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology TNMC Reg. No 85006 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं</p> 	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation &amp; Status of Authorised Signatory Institute for Deafness &amp; Hearing (A Unit of Shri Chaitanya Trust.) # 1634, Thimble Road, New Bed Area</p>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p>
