

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 8/1025/2146 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Nangamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रज का नाम : Mr. Gurumallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Yasaganahalli, Channarayana, Mysore (K.A.) - Karnataka.

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



Pre OP 21.9.6 Post OP Nangamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता 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 सम्बन्ध
/				

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE cataract.
②	LE PUPIL
③	Surgery - RE CAT-TPCJOL

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:**

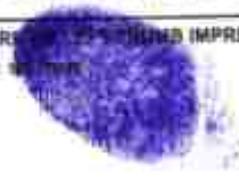
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी आगामी प्रस्ताव सही हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊंगा और न ही किसी से लूंगा।

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

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासियों, डॉ. या कर्मचारियों द्वारा इतर स्रोतों से धन जुटाने के लिए प्रचारित किया जा सके। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE AND THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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

- 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 यहाँ, हमारी "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धारण व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उठाया गया वित्तीय सहायता हमें प्राप्त नहीं हो पायेगी, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया गया करार का कोई दस्तावेज नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में रोगी के उपचार हेतु और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

*Handwritten signature*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/25</p>	<p><b>DR. PREETHI B.K.</b> M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.S. Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख</p>	<p><b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Chaitanya Mission Trust.) # 10/M, Thimmaru, Chaitanya Mission Trust, God Awa</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Handwritten signature of Trustee 1</i></p>	<p><i>Handwritten signature of Trustee 2</i></p>