

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/7025/2153  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Madamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 77 SEX लि. F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Bellashetty.  
पिता/कनूय का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Chivapada Gundelpet (M), Chamarajapur (W), Kundurker.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]



Part of 2153 Part of Madamma

OCCUPATION: Unemployed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: [Blank]

(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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
1	Bella Shetty	64	M	Husband.

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यतीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE cataract LE PCLOX.
2	Surgery - RE cat + PCLOX.

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज करने का अधिकार है।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- (3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने व्यय को किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वापस नहीं लेना है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए, मुझे भविष्य में वापस लेने के लिए, मुझे भविष्य में लूँगा।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए, मुझे भविष्य में लूँगा, स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त सहायता का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) स्वयं प्रकृत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमोदित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं/असफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता प्राप्त नहीं होगी/प्राप्त नहीं होगी।

(2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ/कर रही हूँ। मेरी/मेरी हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय लूँगा/लूँगी। मेरी/मेरी हस्पताल का चुनाव ही मैं कर रहा हूँ/कर रही हूँ और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में मेरी/मेरी हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ/कर रही हूँ और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**Dr. PREET** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
MBBS, D.O. F. (SPECIALIST)  
Specialist Consultant and Professor  
Ophthalmology  
TNMC Reg. No. 05868

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

*(Signature)*  
**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)  
Institute of Ophthalmology & Eye Care  
(A unit of Koshika Foundation Eye Care Trust.)  
# 18/34, Thiruvalluvar Road, Miller Tank Bed Area

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
अध्यक्ष हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
अध्यक्ष हस्ताक्षर 2

*(Signature)*

*(Signature)*