

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 8/1025/2154 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Chikkadivamma AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 55 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: w/o Nagarajka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Bammalappa, Gundalpet (T), Channarayana (P), Kainolaka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: _____



OCCUPATION / व्यवसाय: Homemaker 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): Yes / हाँ / No / 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 | Ningalaju | 33 | M | Son |
| ② | Dedamma | 25 | F | Daughter In Law |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पुरेबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <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 (NS) & LE Cataract |
| ② | Surgery - RE CAT + PCIOL |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को 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: आवेदनकर्ता 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 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग रखा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रकरण की राशि के लिए, अपने स्वयंसेवक/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही भुगतान किया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी' द्वारा, सार्वजनिक एवं उद्देश्य से मुझे परिचित कराने और वसूली/संग्रह के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। जो प्रकरण का विवरण मैंने इसमें जो पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'ट्रस्टी' अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में लाना, सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) फिर प्रस्ताव से धन न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी आकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्ताव हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/संग्रह हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रस्ताव प्रस्ताव हेतु किसी भी आकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज पूर्ण और अपने अपने को धारा विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णता या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होगी।

DR. PREETI RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
M.B.B.S. DD, FICO
उपरीकृत/संग्रह के लिए संस्तुति

[Signature]

| | | |
|--|--|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/10/25</p> | <p><i>[Signature]</i></p> <p>Name of Dr. & Regn. No, with Stamp डाक्टर का नाम व इलाज के एडि. नं.</p> | <p>Dr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Trus.) # 18/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India</p> |
|--|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु</p> | |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p> | <p><i>[Signature]</i></p> |