

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/1025/2175**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **15/10/25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Shivakumar**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **56** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **S/O Mami**



pre.op post.op  
2175 Shivakumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**H.No. 60/7, 5th Main Road, M.S. Buidam**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**Okatepuram, Sripattanam, Bangalore**

OCCUPATION: व्यवसाय: **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **93,000/-**

(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	Suresh H-S	32	M	SON
2	S. Shalini-S	29	F	Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयां से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery RE cataract + PCIO

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो 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 इन प्रश्नों के लिए मैंने सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रश्नों को नहीं है, उस एजेंसी का अधिकार या सफल किया किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रश्न का जवाब देकर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प. न्यायीयों, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से दूरबीन, ऑप्टिकल और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के चले या कर के करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प. न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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



**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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संपत्ति या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विदेशी उदाहरण के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायक संपत्ति या किसी अन्य सहायक संपत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सहायक संपत्ति या किसी अन्य सहायक संपत्ति से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ली जा इसका प्रयोग ही नहीं किया जा किने लगे उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उदाहरण का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रस्ताव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां ली एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
15/10/25

**DR. PRADESHI. B.K.**  
MBBS, D.O, FCO, FPOS  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व इलाज के बारे में जानकारी

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
उपरोक्त रोगी के लिए सहायता हेतु  
DR. N. S. HOSPITAL, CHITTOOR

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अधिकृत हस्ताक्षर हेतु  
**Straight Eye Care Trust)**  
Uppal, Hyderabad - 500072

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यायीयों हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यायीयों हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*