

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/1025/2335

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mamunath.k.Jetty

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Keshma Murthy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.NO 19/14

4th Main

Road

Near Swimming pool

Srikanthapuram

Nagpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Namdini Layout

Bommalur, Khammam

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्याई कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

उ आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही को 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 चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशाड कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + p.i.o.c

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

pre op post op
2335 Mamunath.k.Jetty

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है:

- DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन लगाया गया जाता है तो मेरी सहायक निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। इसका उपयोग, इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में करा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि विश्व सहायक हेतु वह राशि नहीं लूँगा, जहाँ राशि का व्ययिक या सरकारी विनियम किसी अन्य संगठन/निदेशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DTI 9002)

- 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस तरह में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, चित्र, मासपत्रादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये तरह का विवरण मैं स्वयं को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपने अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके पत्राचारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से स्वीकृति)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी जांचकल, इन्फार्मर की ओर से गणसंरुपणी की "कॉलिग काउन्सिल" से शिथिल सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इससाल) विभू प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंगी/माला में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपारीश/विपरीत उक्त को संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त ऐंगी/माला हेतु किसी गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं सौंपा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता कांचल विविध प्रकृति की है। ऐंगी या इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनराग ऐंगी एवं इम्प्लान्ट को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई उपाय नहीं है। इस्तिमारे इम्प्लान्ट में ऐंगी को इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इम्प्लान्ट की होती और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

31/10/25

DR. PREETHI. B.K
M.B.B.S, D.O, FICO, FPOG
Specialist Gynaecologist and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
STATE MEDICAL REGISTRATION ACT 1955

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Respondent)

D1: नाम व हिंदू धर्मशास्त्र

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आभारिक-संयोजन हेतु: [Siddhanta Eye Care Trust](#)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इलवार ।

Sefernyy

SIGNATURE of TRUSTEE: Maure-52

अध्यायी इन्द्रावतः ३

Sc 2B