

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1025/2172**

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

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

AGE-YEARS उम्र-वर्ष **77** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम **NO Gangaanna**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**H.No. 83, Hulle Kerepalya, Alilighatta,**

**Hagalavool (CH) Tumakere (T) Tumkur CO**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



Pre op post op  
2172-Siddagamma

OCCUPATION : व्यवसाय **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. संचय 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 निशान लगावे):

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए प्रमाण आधार

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---|
| ①                      | Orthopedics<br>Rx- Antisept<br>CE- Antisept   |
| ②                      | Surgery<br>Rx- Ant + PCCOL  |
|                        |   |
|                        |   |
|                        |   |
|                        |   |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सही गई सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

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

- 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 दिए 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 इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण से लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य को नहीं है, उस राशि या अतिरिक्त या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् "न्यासी" द्वारा, सचकात्तया द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सचकात्तया से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व "न्यासी" अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है कुछेक मात्र: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् "न्यासी" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठा



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

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 और से सचकात्तया/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले या उसे खर्च है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमसबका किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थापन या किसी अन्य सारकारी संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने एवं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना सके उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को अंतिम का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने करने को सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विपरीत हीन सचकात्तया में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



**Mr. Lakshmi N**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
(A Unit of Koshika Foundation Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala

**Dr. P. B. K.**  
M.B.B.S. in F.P.S.  
Specialist Consultant and Pediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व पता एवं राज्य

Date of Surgery  
अवरोधन का तिथि  
15/10/25

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2


