

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3/1085/2179  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : B.M. Muddaiah  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61  
SEX लिंग : m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Maralle Muddaiah  
पिता/सहोदर का नाम



Pre op post op  
B179-Muddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
H.No. 315/1, 1st Cross, Behind Police Station,  
B.E. Pura (H) Belakavadi, Malavalli-50  
Nandyal CO, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 11000  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. :  
आय कर पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर कड़ी का चिह्न लगाए)

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

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- Treatment LE- Treatment
2	Surgery RE- Treatment + P.W.O

**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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गरी सहायता राशि

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे से किसी भी प्रकार से इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं लेनी 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/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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से मुझे या किसी अन्य व्यक्ति को लाने के लिए प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकरण में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण को प्रसारित करने का काम मैं करने से लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होने 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 सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/विनियमन करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/असहमत है/नहीं मिलती है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमस्पताल द्वारा ही यह मदद या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हमस्पताल को भी का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में हमें से प्राप्त हुआ और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हमस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>17/10/21</p>	<p>Dr. P. R. SINGH M.B.B.S., F.I.C.M., F.P.O.S. Specialist in General and Pediatric Ophthalmology (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता</p>	<p>Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Trustee) # 1634, TH</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p>
	