

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/1085/8194  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Elavaiah  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 75  
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Madurai  
पिता/पत्नी का नाम



Preop post op  
2194 - Elavaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kundur, B.G. Puram (H), Narakavalli (T)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mandya (D), Karnataka

OCCUPATION: Un Employed

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME: [Blank]

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

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का विकल्प लें):

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Putha Vasumona	31	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) रसपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Inguinalis RF - Treatment LP - Treatment
2	Surgery RF - Treatment + P.C.C.

**ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED सी गई 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रक्रिया को नहीं हूँ, उस राशि का प्रतिफल या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 fulfilment 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति को उपर्युक्त करार हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" एवं, जवानी, घर, यात्रा/यात्रा दूरगम उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इच्छित के पक्षों या कार्यों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित है उसे प्रचारित करने का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके अधिकृतों का निर्णय अंतिम और अक्षयकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 और से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल अंतिम तौर पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन को नहीं सौंपा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या विधि गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इच्छित सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17/10/25</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.</p>	<p>Signature of Authorised Signatory                    Mr. Lakshmi Pathi N                  (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory)                  Institute for Diagnostics &amp; Eye Care                  (A Unit of Shradha Eye Care Trust.)                  28-BM, Shivraj Road, Miller Tank Bed Area</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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