

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1025/2201  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mariyamamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 60  
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : B/O Beemalash  
पिता/पत्न्या का नाम



Pre op post op  
2201-Mariyamamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kunder, B.P. Pura (M) Malavalli (M)

Mandya (M) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : u

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : u

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

PAN No. : u

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

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिधी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnostics Rx- PUSOL LE- Cataract
②	Surgery LE- Cataract + PUSOL

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 सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):**

- 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.
  - 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.
  - 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लेना है और न ही लेना चाहता हूँ।

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

- 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/republish 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.
  - 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 जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम यूसीए, राज, बांधकामा दूरम उद्देश्य से मुझे संचालित करने और जानकारी देने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकरण पर विवरण में प्रदान की गई मदद को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेना आवश्यक है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रसारित करने का अधिकार "कोशिका" एनएम यूसीए को है। इस प्रकरण में "कोशिका" एनएम यूसीए को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रसारित करने का अधिकार नहीं है। इस प्रकरण में "कोशिका" एनएम यूसीए को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रसारित करने का अधिकार है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT 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:

- 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.
- 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 ओर से आपसे हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण में माया व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लेने का संको है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उदा को प्राप्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/अनुमति हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उदा को सिफारिश हेतु किसी भी सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/करने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है। इस मदद को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेना आवश्यक है। इस मदद को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेना आवश्यक है। इस मदद को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेना आवश्यक है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
17/10/25

Dr. PREETHI B.K.  
M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.S.C.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर-का-सम-व-इलाका-व-दि-र

Mr. Lakshmi Pathi N  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
Institute for Deaf, Blind & Eye Care  
(A Non-Profit Organisation for the Deaf, Blind & Eye Care)  
अधिकृत के हस्ताक्षर

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2