

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. : B/1085/2856
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 27/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Shanthamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 70
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Chikkamayappa
पिता/वधु का नाम



one of post op
2856-Shanthamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 109, Soneppalle

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Bettaralapur - R. Venu...

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)

PAN No. : (आप का आय प्रमाण)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
①	Diagnosis: RF - Cataract, LE - PCIO
②	Emergency: RF - Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्रस्तुत किया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, उक्त राशि का भुगतान या प्रत्येक किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में होगा।

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/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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करेंगे, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, राज, वाणिज्यिक दूरदर्शन से सुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छित के चयन या करार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं 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 मुझे सत्य, सहायता का इच्छित नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके अधिकार और अधिकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 ओर से घोषणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित के साथ कहा जाता है कि हमसबल इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही या सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छित सुझाव और अपने चयन की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

[Handwritten Signature]

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
8/10/25

Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.P.S.
Specialist Consultant and Pediatrician
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न

Mr. LAKSHMIPATHI N
Special Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु (Koshika Eye Cure Trust) 52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1
[Handwritten Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
[Handwritten Signature]