

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: B/1125/2741  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 28/11/25  
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Neelamma.  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 57  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Javaraiyah.  
पितृ/जीवित वासिनी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वास्तविक पता  
Chintya Village, Honnali Hobli, Nagamangala (D),  
Mudhol (D), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता



Pre OP Post OP  
2741 Neelamma

OCCUPATION: Coolie.  
अवस्था

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
ग) आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निकाल लगाये)

Yes / No  
हाँ / 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
1	Javaraiyah.	73	M	Husband
2	Vishwanatha	43	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्राप्त गया (प्रभाल पत की जागा प्रति संलग्न करें)	वर्ष आय का प्रमाण पत (प्रभाल पत की जागा प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रभाल पत की जागा प्रति संलग्न करें)	जन्य कोई साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाप्तिकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	Diagnosis - RE PCOL. LE Cataract.	
2	Surgery - LE Cataract + PCOL.	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सिवा नहीं है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सीधे गई सहायता राशी

**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.
- मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिये गये सभी विवरण येरी जनकारी के अनुसार सत्य या नहीं हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण आवश्यक या जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ आवश्यक है।
- मेरे द्वारा जी मानवाना रोता "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जी या यही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की वृद्धि के लिये किया जाता जाता है, जो इस प्राप्ति में दायर नहीं है।
- मैं पुष्ट करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गति का अधिक या महत विभिन्न अन्य छोड़विदोज्ज्ञानीय कार्यकों से न हो लिया है और न ही अधिक ये मैंगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 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.
- इस प्रकार या अपने हाथाता या अंगूठे की द्वारा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मैं यह यथा, पता, जोरों जैसे जीवन इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, राज, जातकाना दूसों उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार नक्षम्य से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, जोरों जैसे जीवन को कि सहायता के उद्देश्यों से जारी है पुष्ट स्वरूप सहायता का उक्तावार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियमित अधिकृत और बाब्बकारी होगा।

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

आवेदक के हाथाता या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (इम्प्रेस द्वारा कराया)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसको अधिकृत, हास्पातल की ओर से नामांकन द्वारा किया जाने वाला है कि सहायता को किसी भी विवरण से अलग नहीं करता है।

- यह कि व तो कीमत और वही परिवर्त्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के संबंध में जारी या बाद में लिये गये नहीं है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय विवरिति इस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यथा दूसरी जातकाना द्वारा दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गये सहायता के संबंध में जारी या बाद में लिये गये नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गये सहायता के संबंध में जारी या बाद में लिये गये नहीं है। इस पुष्टि में स्वयं करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय नियन्त्रित उक्त गये सहायता को किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ही गये सहायता को किया जाना या बाद में लिया गया उपचार/प्रक्रिया का चुकाव देने पर इसका को कोई विवरण नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये अस्पताल में लिये गये इसका चुकाव देने को सही विवरण देनी एवं इसका को ही नहीं है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनाशकीय इस बातों में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्कृति**Mr LAKSHMIPATHI N**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
of **Dr. P. B. K.**  
on behalf of Hospital)नाम: **कृष्ण लक्ष्मीपाति** अधिकारी, अधिकारीपद: **मैडिकल डिपार्टमेंट** अधिकारीनाम: **कृष्ण ल**