

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0188**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/5/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Madamma**      AGE-YEARS / आयु वर्ष: **65**      SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **w/o Karagayya**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **Dabamadaddi B.G. Purva Hobli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: **Melavalli Mandya District, Karnataka**

- Same as above -



Pre-op 0188      Post-op Madamma

OCCUPATION / व्यवसाय: **coolie**      MARRIED (जिपसित) / UNMARRIED (अजिपसित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **25000/-**      (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):      Yes / No / हाँ / नहीं:  No

**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 विवृति अथवा**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एपीडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	surgery RE cataract + pIOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?**

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी महाशय विचार को जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण को तैयार है, उस सहायता का अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, सचर/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम व इच्छित माध्यम के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहलने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाशय के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पूर्ण सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोधी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करा)

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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और मे सन्मन्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करता है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्मन्तन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तृप्ति से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्मन्तन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अथवा वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं करता या जिसे गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमन्तुति

Date of Surgery आपराशन की तारीख <b>19/15/23</b>	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name, Designation & Seal of the Hospital) <b>Consultant - Phaco &amp; Refractive</b>	 <b>Mr. Lakshminathi N. Marudor Padmraj</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <b>Institute for Ophthalmology &amp; Eye Care</b> (A Unit of Shri Chakrabarti Eye Care Trust.)
---	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** (आवेदक द्वारा प्रयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	