

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0201**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **YASHODHAMMA**

AGE-YEARS / आयु - वर्ष: **65 yrs**  
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **W/O H.S. SIDDA MALLAPPA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **HeSahalli, B G Pura Hobali, Malavalli Taluk**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Mandya District, Karnataka.**

- Same as above -



Pre-op 0201 Yashodamma  
Post-op

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **18,000/-**

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

PAN No. / न्याय खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप का राज है (जो घान्य हो उस पर खरी का निशान 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 संबंध

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 किसी का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnos <b>RE - Cataract</b> <b>LE - Cataract</b>
2.	Surgery <b>LE - Cataract + PCIOL</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED / ली गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक 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 आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य सच ज्ञात है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
  - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में धारा गया है।
  - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता लेता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक 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/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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, एन. एच.एस/ए द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव/कार्य में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, उसे केवल: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुठे 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नाम/एंगो को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसकल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसकल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चूका और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>19/05/2023</p>	<p><b>Dr. Lakmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का रूप में हस्ताक्षर के लिए, र</p>	<p><i>(Signature)</i> <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Institute for Deafness &amp; Hearing Care (A unit of Chhatrapati Shivaji Maharaj Center for Special Education) # 16/17, The Malviya Road, Miller Tank Bad Area,</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योमी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योमी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--