

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0523/0202** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **19/05/2023**

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम : **W/o KEMPANNA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **H.No. 420, Lingayatasa Street, B.G.Pura Hobali, Hosahalli, Malavalli Taluk, Mandya District, Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **- Same as above -**



OCCUPATION : व्यवसाय : **Home-Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **15,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या :  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No** हां / 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 संबंध
1.	H.K. Prabhu	88 yrs	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : सहायता हेतु किसे लगे निम्न 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 + PCTOL

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 ली 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी अपने उद्देश्य के लिए, इस उद्देश्य का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं उसकी, दान, वाचना/च दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रिंटिंग या प्रकाशक के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी 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:

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सफल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हम यह घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/समकाल हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।
- "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या बिना एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorenavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Institution of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत न्यायोपक्ष (A Unit of Koshika Foundation, Koshika Trust.) कोशिका फाउंडेशन, कोशिका ट्रस्ट, मंगलूर रोड, मंगलूर, कर्णाटक, भारत</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग के लिए

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--