

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



**APPLICATION No. :** 215124  
आवेदन संख्या :

**APPLICATION DATE :** 3/5/24  
आवेदन तिथि :

**NAME of APPLICANT :** Huchegowda  
आवेदक का नाम

**AGE-YEARS** आयु-वर्ष: 70  
**SEX** लिंग: M

**FATHER'S/SPOUSE'S NAME :** S/o Muddegowda  
पिता/कन्या का नाम

**PRESENT RESIDENCE ADDRESS :** ~~Waddeghatta, Muddeghatta Post, Kasabathota,~~  
वर्तमान आवासीय पता  
Kannurathal, Taluk - ~~Waddeghatta,~~  
Kannurathal, Taluk - ~~Waddeghatta,~~

**PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :** ~~Waddeghatta,~~  
स्थायी आवासीय पता

**OCCUPATION :** unemployed  
व्यवसाय

**TOTAL ANNUAL INCOME :** —  
कुल वार्षिक आय

**PAN No. :** ~~Waddeghatta,~~  
आय कर खाता संख्या



**MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)**

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** Yes / No  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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                   | Lakshminamma                                   | 73                      | F           | wife   |

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

**BPL Card (Attach Card Copy)**  
गरीबी रेश की त्रुटि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

**EWS Certificate (Attach Certificate Copy)**  
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

**Ration Card (Attach Copy)**  
उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

**Any Other Basis/Proof**  
अन्य कोई साक्ष्य

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| 1                   | Diagnosis: RE cataract<br>LE cataract<br><br>Summary: LE cat + P.T.O.C.                   |

**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 एतु पूर्व सहायता राशी |
|---------------------|--|--|
| 1                   | RBCS                                   | 2000/-   |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वाय कौषिक फाउण्डेसन)**

- 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.
- 3) मैं यौषिक कलत हूँ कि इत प्रकर मे दिने गने गयो विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किय सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस हाथि का अतिरिक्त या सहाय विवका किसी अन्य स्रोत/निधेक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाय करत)**

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 प्रकर पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अगली सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकर में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सचका/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकर का विवरण मेरे इच्छा के पालने या कर मे कराने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय करत)**

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 की और से प्राणले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

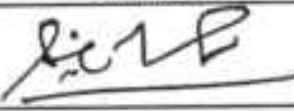
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/5/24</p> | <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br/>MBBS, MS, FPRS, FICO<br/>Consultant : Phaco &amp; Refract.<br/>KMG No. 90244</p> | <p><i>Lakshmi</i><br/><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b><br/>Manager Outreach<br/>Institute for Diabetes &amp; Eye Care<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/># 16/M, Thimralish</p> |
|--|---|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

|   |   |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p>                                | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p>                                  |
|  |  |