

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0923/0218

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 23/5/23

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Keshalamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : w/o chammaharavaiach

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Saralamma post Hamdamakur Hobli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Chikkarayakuruma halli Temkuri District

Karnataka  
- same as above -



Pre-op 0218 Post-op Vishalamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed

MARRIED (विवाहित)  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : \_\_\_\_\_

(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (यहां खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : 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	chammaharavaiach	75	M	Husband
②	S.C. Ravi	36	M	son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशियन 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 किये गए विवरण का उद्देश्य:

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

**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
①		

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही उपयोग की जा सकती है, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार के भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

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

1) 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 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जा रहा है। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के लिए किया जा सकता है। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

- हमारी अधिष्ठाता, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जाएगी, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के लिए हमें आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के लिए हमें उत्तरदायित्व लेना पड़ेगा।

- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने-आपके को सही जिम्मेदारी देनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

23/5/23

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
Consultant - Phaco & Refractive

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
Institute of Ophthalmology & Eye Care  
(A Unit of Koshika Foundation Trust.)  
3/30M, Thiruvananthapuram Road, Malar, Sakinaka, Sakinaka

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोपक्ष 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोपक्ष 2