

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 8/0523/0234  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/05/2023  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JAYAMMA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 65 yrs  
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Hottaiak w/ Mariyaiah  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: N. Kodihalli, Niluvagilu, Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka  
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - Same as above -  
स्थाय आवास पता



OCCUPATION: Home-Maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 22,000/-  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आय का पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
आय कर का दाता है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे): हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	Hottaiak	73 yrs	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जलन आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवेंशन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RR - PCIOL 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 लिये 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:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाप सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में पता लगाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने महापाप सहायता के लिए अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में बतलाए गए, उन्हें "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/चित्र आदि माध्यमों से जहाँ जहाँ आवश्यक हो, वहाँ वहाँ प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र का विवरण या इसका प्रयोग करने के लिए या करार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल महापाप सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक की 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर में यह घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

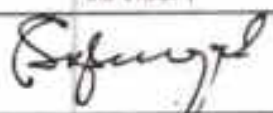
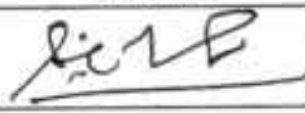
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेश की गई सहायता के लिए प्राप्त करने के लिए या करार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि अस्पताल हीटिंग प्रदाता को सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से न तो मैं, महापाप सहायता वित्त प्रदाता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किराने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने आप को सही चिकित्सा हेतु सहायता को लेगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  24/05/2023	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टंप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. लक्ष्मीपाथी न (A unit of Koshika Eye Care Trust.) कोशिका आँखों की देखभाल ट्रस्ट (एयू)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदनक द्वारा प्रयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामो हस्ताक्षर 1)  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामो हस्ताक्षर 2)  
---	--