

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0236**  
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **PUTTAMMA**  
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **58 yrs**  
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-सहस्रका का नाम: **w/o Puttalinga Shetty**  
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवाससंबंध पता: **Dudda, Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवाससंबंध पता: **- Same as above -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **20,000/-**  
(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या: \_\_\_\_\_  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस या सही का चिह्न लगाएं):  
Yes / No / हाँ / 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.	Puttalinga Shetty	69 yrs	M	Husband
2.	Shivalinga Shetty	38 yrs	M	Son
3.	Vani	30 yrs	F	Daughter-in-law
4.	Dhruva. S.	6 yrs	M	Grandson
5.	Kaveshi. S.	3 yrs	F	Grand Daughters

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

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) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें): <input 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: <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
सहायता हेतु किये गए चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: <b>RR - Cataract</b> <b>LK - Cataract</b>
2.	Surgery: <b>RR - Cataract + PCLOL</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्त्रोत से लिये गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्शक 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 सच 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 यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लेना चाहता हूँ और न ही भविष्य में लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा कबला):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upon-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 its 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता को गृहित कबला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिए मेरी तस्वीरों और विवरणों का उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकटित हैं, मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कबला):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से परामर्शदाता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में बाधा पड़ेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियोग प्राप्त कर सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग अस्वीकार/नकार हेतु मनाजु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी का उपचार सुरक्षित और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>24/03/2023</p>	<p><i>Dr. Lakshmi Dorenavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Plastic &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ २</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi</i> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Koshika Foundation, Koshika, Madhya Pradesh) हस्ताक्षर, पदनाम और हस्ताक्षर के साथ २</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (आंतरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p>
	