

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 1310524/0240  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 7/15/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Rathnamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 55  
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : 10 Mahadevappa  
पिता/कटुस्थ का नाम



Pre-op post-op  
0240 Rathnamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : K. M. G. A. S. Road, K. M. G. A. S. Road, K. M. G. A. S. Road

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : K. M. G. A. S. Road, K. M. G. A. S. Road, K. M. G. A. S. Road

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. : [Blank]  
आयदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes/No  
हां / नहीं

| FAMILY DETAILS परिवार विवरण |   |                            |                |   |
|-----------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या      | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
| 1                           | Mahadevappa                                       | 54                         | M              | Husband                                       |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए वित्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy)  
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)  
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)

Ration Card (Attach Copy)  
उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1                      | Diagnosis: R. Cataract<br>W. Cataract<br><br>Surgery: R. catar. p.c.p.t.                     |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|---|--|
| 1                      | DBCS                                      | 2000/-   |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

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

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण का अपने इच्छाकार या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोर्थ, पत्र, मासिक/या दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तियार्थी और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छाकार को खाने या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्थ अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को इच्छाकार या अंगठे 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:

- 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.

इसमें अधिकृत, इच्छाकारी की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोग उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मारर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोग अतिरिक्त/अलग हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो राशि खर्च या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई खर्च नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छाकार सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |  |  |
|---|--|--|
| Date of Surgery<br>अतिरिक्त की तारीख<br>15/24 | Dr. Laxmi Dorennavar<br>MBBS, MS, FPRS, FICO<br>Consultant & Head of Refractive<br>RMC No. 30244 | Mr. Lakshmi N<br>Manager Outreach<br>(Name, Designation & Signature of Authorized Signatory<br>(A unit of Shree Koshika Eye Care Hospital)<br># 18/M, Thimmalah Road, Bangalore<br>मैं पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|--|--|

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

|   |   |
|---|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायोर्थ हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायोर्थ हस्ताक्षर 2 |
|   |   |