

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0243**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SAROJAMMA**

AGE-YEARS / आयु वर्ष: **58 yrs**  
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **w/o Deshi Lingaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**N. Kodihalli, Niluvagilu, Koppa Hobali,  
Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:  
**- Same as above -**



OCCUPATION / व्यवसाय: **Home - Maker**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **18,000/-**

PAN No. / पैन संख्या:

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

Yes / No / हाँ / नहीं:  No

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

**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.                    | Deshi Lingaiah                                   | 68 yrs                    | M             | Husband                                      |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय 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 |
|  |  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>      |

**"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: <b>RE - PCIOL<br/>LE - Cataract</b>  |
| 2.                    | Surgery: <b>LE - Cataract + PCIOL</b>   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |
|                       |   |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?**

| 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:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो महापत्र दर्ज "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्ण रूप से करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा 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 enable 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एफएम न्यासी, चर, सचराज्य द्वारा उद्देश्यों से दृढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो इस प्रकार के प्रारूप के अंतर्गत करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है कुछ भी सहायता को हासिल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम उपाय न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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.

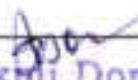
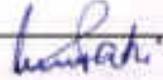
हस्ता अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था 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 किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अंशिक/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधर से नहीं लेगा/लेगी।

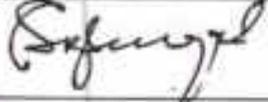
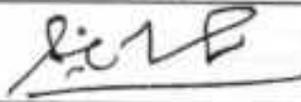
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो भी सहायता के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को साथी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

|  |   |  |
|--|---|--|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>24/05/2023 | <br><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br>MBBS, MS, FPRS, FICO<br>Consultant, Plastic & Reconstructive<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉ. लक्ष्मी दरेनवार के साथ २४/०५/२३ | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>Dr. Lakshminath N<br>Manager, Plastic<br>Institute for Reconstructive & Skin Care<br>(A unit of Shree Koshika Eye Clinic Trust.) |
|--|---|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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