

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/0523/0249

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/05/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: GOPALA

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 yrs

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-सदस्य का नाम: 3/0 Dase Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No.183, N.Kadiballi, Niluvagile, Maddur  
Taluk, Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Same as above -

Pre-op  
0249Post-op  
Gopala

OCCUPATION / व्यवसाय: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 23,000/-

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

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / 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.	Arjun. M.G	30 yrs	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract IR - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

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

- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त जगह है तो सभी सहायता निम्न की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से मिले जा रही है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि तब सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कमल विना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त न किया जाये और न ही अधिक्य में ली जाये।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं ( आवेदक ) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यवस्थापक' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापक', दान, वाचना/या दुरुपयोग में पुष्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को इसका उपयोग करने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व 'व्यवस्थापक' अधिकृत है।
- मैं ( आवेदक ) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य- सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापक' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान।

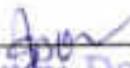
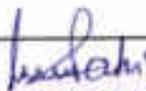


**AGREEMENT by HOSPITAL** ( हस्पताल द्वारा करना )

- 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 से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी यदि "कोशिका फाउंडेशन" में सिफारिश/विषय उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिक/सकल हेतु प्राप्त नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वितीय मदद उठा ली जायगी हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं ली जायगी।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति।

Date of Surgery अवरोधन की तारीख <i>24/05/2023</i>	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका वी रोज न	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Mr. Lakshmi Prathi N Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shreechakra Eye Hospital Pvt. Ltd.) 100/1, Chhatrapati Shivaji Maharaj Road, Miller
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
