

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: आवेदन संख्या: **B/0523/0255**

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

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **LATHA**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **68 yrs**  
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: **o/o N. Puttaiah**



Pre-op 0255 Post-op Latha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:  
**Tasikere, Hasalakere, Koppa Hobali,**  
**Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता:

**- Same as above -**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home-Makes**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. स्वयं का आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार का 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.	Puttaiah	82 yrs	M	Husband
2.	Sunil Kumar T.P	48 yrs	M	Son
3.	Milan S Gowda	31 yrs	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी कार्ड के साथ 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) <input checked="" type="checkbox"/> उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/> अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract 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 करी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक द्वां केलं नः)**

- 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 यथेष्ट कलत हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यथेष्ट करता हूँ कि इस सहायता हेतु का प्रत्येक रुपया मैं अन्य किसी भी सहायता से प्राप्त नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वां कलतः)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, पत्र, वाचक/प्रकाश इत्यादि के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मांगे गए हैं, उनका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है, पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वां कलतः)**

- 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, हस्ताक्षरों को और न-मान्यताएँ को "कोशिका फाउन्डेशन" में 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने की संभावना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उच्च से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अविरत हो, तब भी हमें सहायता किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उच्च सहायता हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सूक्ष्म और अपने अपने को सही विधि/प्रकार से रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorenavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Paediatric &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmology (A unit of Sankar Eye Care Centre) # 165, Thimrajan Road, Miller Tank Red Area</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>