

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0256** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **JAYAMMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70 yrs** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **w/o Chikka Muddanna Thimmaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**Muddenahatti, Devalapura Hobli,  
Nagamangala Taluk, Mandya District**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:  
**Karnataka - Same as above -**



Pre-op **0256** Post-op **Jayamma**

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्वामी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरे का चिह्न लगाएं): Yes / No  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 सम्बन्ध
1.	Chikka Muddanna Thimmaiah	75 yrs	M	Husband
2.	Raju	41 yrs	M	Son
3.	Geetha	38 yrs	F	Daughter-in-law
4.	Shashank	12 yrs	M	Grand Son
5.	Navyashree	12 yrs	F	Grand Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें): <input checked="" type="checkbox"/>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु 75 वर्ष 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"/>
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई औषध/उपचार सूची संलग्न
1.	Diagnosis <b>RE - Cataract</b> <b>LE - Cataract</b>
2.	Surgery <b>LE - Cataract + PCIO</b>

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. / 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु, यह प्रकरण को मैंने नहीं है, इस राशि का अधिकतम या सबकुछ किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दान, न्यायोपक्ष, दान, वाक्यांशक दान उद्देश्य में मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रसारित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, न्यायोपक्ष के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

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

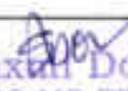
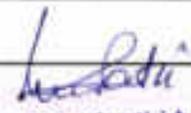
आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छापना



**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, हस्ताक्षर की ओर से न्यायोपक्ष/होपिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया प्रकृत की है। लेने या हस्पताल द्वारा ही नहीं अन्यथा किसी भी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 04/05/2023	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इच्छा हा सु. न. हस्ताक्षर करे न	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Specialized Eye Care (A Unit of P.S.R. Eye Centre, Pusa) 110007, Pusa Road, Mukherjee Park, New Delhi
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
