

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0267** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **CHIKKALINGE GOWDA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **60 yrs** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-कटुम्ब का नाम: **S/o Mare Lingegowda**  
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Husugalavadi, Koppa Hobali, Maddur Taluk, Mandya District, Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **- Same as above -**



OCCUPATION / व्यवसाय: **Coolie** MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / स्वयं खला संख्या: [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (हां / नहीं):  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.	Prema	50 yrs	F	Wife
2.	Nanjesha	21 yrs	M	Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> 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.	Diagnosits RE - PCTOL LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + PCTOL

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 प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो मदद ले रहा हूँ 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 & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, एम. वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, प्रार्थना का हकका नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हमसात 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, हमसातों को जो न तो वर्तमान में या भविष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसात) निरा प्रकाश से मदद से स्वीकारा करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साकारता सम्बन्ध या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सकारण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसात किसी अन्य या साकारता सम्बन्ध या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हमसात किसी भी प्रकार उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी साकारता सम्बन्ध या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद हमसात को मिले, उसे हमसात द्वारा ही सही प्रकार से किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव देगी एवं हमसात के बोध का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हकका नहीं है। इसलिए हमसात में एम. वाचनालय द्वारा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारों को एवं हमसात को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारों इस सम्बन्ध में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम से हस्ताक्षर के साथ, र.</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi M</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit) (नाम, पद, इलाज के साथ, र.)</p>
--	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p>