

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0283** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **26/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NANJAMMANI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65 yrs** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **w/o Kempaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**H.No. 172, Netkal, B & Pura Hobali, Matavalla  
Taluk, Mandya District, Karnataka**

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



pre op 0283 post op Nanjammani

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **18,000/-** (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर चक्रों का निशान 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 संबंध
1.	Jayamma	48 yrs	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

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 कौन सा सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा संकेत पत्र:

- 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. I am 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 यथासंभव बता रहा हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथासंभव तर्क "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यथासंभव तर्क हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के साथ "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्नपत्र में प्रयोग किए जाएंगे, जो "कोशिका" फाउंडेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने और/या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रश्नपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के उपयोग के लिए मेरी स्वीकृति केवल मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद ही प्रयोग करने का अधिकार है।
- 2) मैं (आवेदक) आगे से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी निर्णय मेरा अधिकार नहीं है। "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 for 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 स्वीकृति, हस्ताक्षर की जायेगी कि हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किन प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्नपत्र पर अपना हस्ताक्षर करके, हम (हस्पताल) स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें (हस्पताल) को सहायता प्रदान करने का पूर्ण दायित्व और सुरक्षा प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें (हस्पताल) को सहायता प्रदान करने का पूर्ण दायित्व और सुरक्षा प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा का तिथि</p> <p>26/05/2023</p>	<p><i>Dr. Lakmi Dorenavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका के साथ</p>	<p><i>Lakshmi N</i> Mr. Lakshmi N (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर के साथ हस्पताल के अधिकृत अधिकारी (हस्ताक्षर) Institute of Postgraduate Medical Education &amp; Research (IPGME &amp; RS), Tank Bed Area</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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