

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0293**  
APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **26/05/2023**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **MADAMMA**  
AGE-YEARS / आयु वर्ष: **66 yrs**  
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहस्र का नाम: **w/o Hanumaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता:  
**H.No-10, Deddabettahalli, Narayanapura,  
Kanakapura Taluk, Ramanagar Dist, Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता:  
**- Same as above -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: **20,000/-**  
(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी पत्रांक संख्या: \_\_\_\_\_  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का विकल्प चिह्नित करें): Yes / No  हा / 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 संबंध
1.	Hanumaiah	76 yrs	M	Husband
2.	Hanumayya Usf Chander	49 yrs	M	Son
3.	Govindarajamma	30 yrs	F	Daughter
4.	Harisha. H	24 yrs	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 किसे गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RE - PCIOL 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 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 (अर्शिका द्वारा घोषणा पर):**

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाते हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या उसके जारी होने के बाद, मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कोई निधि ले और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)**

- 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.
  - 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 इच्छाशक्त या अनादी की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचनादि हेतु उद्देश्य से मुद्रित/प्रसारित/विपणित और प्रकाशित/पुस्तक/चित्रों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छाशक्त से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छाशक्त नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और कार्यकारी होगा।

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

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**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:
- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से न्यासीयों को "कोशिका फाउण्डेशन" 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 शराकारी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य शराकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इन पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी शराकारी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।  
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा सकता है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छाशक्त और अपने जाने को जारी रखेगी रोगी एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" की कोई पुष्टि या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>26/05/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छाशक्त व तारीख</p>	<p><i>Mr. Lakshminipathi N</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी (सं.) Dr. Bed Area</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)**

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