

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **8/0523/0295**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **26/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SHIVAPPA**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **80 yrs**  
 SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **clo Kempire Gowda**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**Krishnaiahra Doddi, Marale Bekuppe Post,  
 Wyyamballi Hobli, Ramanages District, Karnataka**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:  
**- Same as above -**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Un-Employed**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / स्थाई खाता संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):  
 Yes / No / हाँ / 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 |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| /                     |  |                           |               |  |

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

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>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.                    | Diagnosis RE - Cataract<br>LB - 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 लीया 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:** आवेदन: इस प्रकार यह:

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहना असंभव पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच पाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार का लाभ नहीं लेऊंगा। मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के साथ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उनकी, दान, वसुधाया दुसो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण होने तक मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे मात्र, सहायता का इजाजत नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



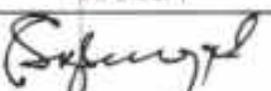
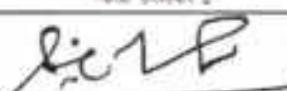
**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करा)

- 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 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.
  - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ने से पहले/पेशे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सकल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिसे मैंने उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|  |   |   |
|--|---|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>26/05/2023 | <br><b>Dr. Lakmi Dorennavar</b><br>MBBS, MS, FPRS, FICO<br>Consultant & Executive<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉ. लक्ष्मी डोरेंनावर के पेशे | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Mr. Lakshminpathi N<br>In-charge of Patient Care<br>(A.I.C.)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|---|---|

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

|   |  |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामों हस्ताक्षर 1   | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामों हस्ताक्षर 2  |
|  |  |