

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **11052410328**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **12/5/24**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Nanjamari**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **64** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: **3/0 Basaniah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **Thandaga AI Post Pabbeghatta Hobli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **Tumkur Taluk Tumkur Kurnool Dist**



**AI-OP Post-0  
0328 Nanjamari**

OCCUPATION: व्यवसाय: **unemployed**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. रसाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): **Yes / No**  
हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Shiva Linganna	46y	F	Wife
2	Ramesh	30y	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अभ्युक्तता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे एवं किसने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	diagnosis RF cataract LF cataract
	Surgeon - RF cut + LF cut

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 लिया गया सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा 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, 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 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 घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भुगतान को नहीं करूँगा, उस राशि का आंशिक या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/post-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 की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कानूनन रूप से इच्छित या अनिच्छित तरीकों से दूसरे लोगों को दानों को प्राप्त करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरे प्रपत्र पर मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अन्य उद्देश्यों के लिए प्रयोग करने से मुझे स्वतंत्र सहायता का अधिकार नहीं बचाता। इस संबंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली का निरूपण



**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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी मेरे सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वितीय पहर उस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा के सभी उपायों 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 सुरक्षित और अपने अपने को सही विधि/तरीके से एवं हस्पताल की क्षमता और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या विधि/तरीके इस सहायता से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>14/5/24</b>	<p><b>Dr. Laxmi Dorenavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant in Phaco &amp; Refractive KMC No. 90244</p>	<p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Inst.) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area</p>
--	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों द्वारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों द्वारा 2
