

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0522/0382 APPLICATION DATE : 19/05/22  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Papamma AGE-YEARS 70 SEX F  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Yellappa  
 पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Gundlapalya, Dinnaballi, Kolar district  
 वर्तमान आवासीय पता

Karnataka  
 राज्य

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above  
 स्थाई आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खला संख्या

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

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

<input 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"/> RagaCard (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 किसे गुण विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract.</u>
<u>2</u>	<u>Surgery RE-Cataract + PCIO</u>

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 हो गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>D.B.C.S</u>	<u>2,000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान 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 यहाँ बयान करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रकरण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि, जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस एवम का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):**

- 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/post-up/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण या अपने इच्छाया या अंगुठी का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को-युक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दान, वाचना/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छाया को पकड़ने या बदलने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सत्य: सहायता का इच्छाया नहीं बदलता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोपों का निर्णय अंतिम और अक्षरबंदी होगा।

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

आवेदक का इच्छाया या अंगुठी 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, इच्छाया को अंदर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साक्षर संपन्ना या किसी अन्य स्रोत से उम्मा रोटी-पपले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरही अतिरिक्त-सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साक्षर संपन्ना या किसी अन्य माध्यम में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मर उम्मा रोटी-पपले हेतु किसी और साक्षर संपन्ना या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने को जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई युक्ति या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संमतुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  19/05/22	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A Unit of Shree Chandra Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123</p>	<p><b>Mr. Lakshmiipathi N</b> Medical Officer Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shree Chandra Eye Care Trust) # 1031, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area</p>
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप इच्छाया 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप इच्छाया 2