

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0424 APPLICATION DATE : 1/06/22  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Guruswamy AGE-YEARS : 61 SEX : M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Mallappa  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kallaballi Gundlupete Taluku, Chamara Jagalur District, Karnataka  
स्थायी आवासीय पता  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



preop postop  
0424 Guruswamy

OCCUPATION : Coolie MARKED (निवृत्त) / UNMARKED (अनिवृत्त)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
आय कर का पता है (जो लागू हो उसे पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Mamma	50	F	Wife

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.**  
सहायता हेतु किये गये विमो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCTA

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	D.B.C.S	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्शिका द्वारा भरण)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 इस बात को गंभीरता से "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेता हूँ कि, उसका उपयोग उम्मीदों के पूर्णिके के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं से भी या भविष्य में कहीं से भी, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे नहीं लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 fulfilment 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.

- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कॉशिका" एवम् न्यायीयों, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन से ट्यूटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी इस बात का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत हैं।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये प्रकाशित हैं, उसे प्रसारित या प्रकाशित नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मर्यादा/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगीयों के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंतिम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय बरत उस रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
  - "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता संभव वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 1/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute of Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shree M. Thimmajappa Eye Hospital) NMC Reg. No. - 81123	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree M. Thimmajappa Eye Hospital) # 16/M, Thimmajappa Road, Mysore जिनके नाम पर हस्ताक्षर अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीयों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीयों हस्ताक्षर 2 
---	---