

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0430

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Muddashetty

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 75

SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम : S/o Madashetty



Free of postop  
0430 Muddashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
Bannithalapur, Gundlupete Taluqa

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
Chamarajaganagara District, Karnataka

- Same as above -

OCCUPATION : व्यवसाय : unEmployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 20,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी राजस्व 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  
हां / 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 से संबंध
①	Rangamma	68	F	Wife

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु लिये जाने वाली का उद्देश्य:

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

**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 एक वर्ष सहायता राशि
①	D BCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्थिक दृष्टि से) १९

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 यथासंभव सच हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात को सत्यता से "कोशिका फाउंडेशन", से ही जानती हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।

3) मैं यथुक्ति सच हूँ कि मैं सहायता हेतु या इससे को नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या समकाल विस्थापित किसी अन्य सोर्सि/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्थिक दृष्टि से)

1) 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 fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) अपने सच होने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, वाक्यांश, दूरदर्शन से सुटी, एडिटींग और प्रकाशित करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं पूर्ण सच, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता; इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मेद 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अर्थिक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल दृष्टि से)

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 this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यथासंभव की "कोशिका फाउंडेशन" 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 सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगियों में लूँगे या ले लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/प्रकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल विशेष तौर पर इस रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो लूँ सहायता वित्तिय प्रकृति की है; ऐसी या हस्पताल द्वारा ही लूँ सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और जाने जाने की सभी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 1/06/22	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diseases of Eye Sight (A Unit of Shree Siddhanta Eye Centre (Pvt.) K.M.C. Reg No. - 81123</p>	<p><b>Mr. Lakshmi pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree Siddhanta Eye Centre (Pvt.) # 16/14, Thimmappa Road, Thimmappa Area</p>
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्थिक दृष्टि से)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	