

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0431 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 1/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Channabavaiah AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 75 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: s/o Kalaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Kannegala, Gundlupete Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Channarayana District, Karnataka

- Same as above -



Preop Postop 0431 Channabavaiah

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

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

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हाँ /  No / 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 संबंध
①	Gopamma	68	F	wife

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे लक्ष्य निवृत्ति का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वाऱा करणऱा)**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय, जहाँ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही हीत किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं ले चुका हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वाऱा करणऱा)**

- 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/put-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.
- 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 (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, छाप, प्रकाशित, प्रसारित, प्रदर्शन में सुटी, ऑनलाइन और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित नहीं किया जा सकता। सहायता का हस्ताक्षर जारी करना इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित न्यायीयों का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वाऱा करणऱा)**

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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कार्यकारी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में माग व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त की जाएगी या न हो पाएगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/किया। इस बात को स्पष्ट में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित हेतु है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किये जाय/प्रकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य या सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा प्रसारित प्रकरण हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया जाय/प्रकार की है। हमें यह स्पष्टता हेतु है कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में हमें से प्रस्ताव प्रस्ताव और अपने अपने की सही निर्णयें लेनी एवं हॉस्पिटल को अपने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>1/8/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Eye Research and Treatment (A unit of Shree Chitra Eye Hospital) KMAC, Pondicherry - 605 006</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name for Contact &amp; Signature of Authorised Signatory (A unit of Shree Chitra Eye Hospital) # 15/A, Thimmarasu Street, Mylapore, Chennai - 600 041</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थक के उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (अधीन हस्ताक्षर 1)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (अधीन हस्ताक्षर 2)</p>
	