

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **N/0622/0435**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **1/8/22**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Shivanna**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **79**

SEX / लिंग: **M**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

**Thalada Street Ward no 12 4th Division**

**Cundlupete Taluku Gramarajangama Kannada**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

**- Same as above -**

PRE OP / 04/5  
POST OP / Shivanna

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **25000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आय का साक्ष्य संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 के साथ संबंध

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया 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 (अर्शिका द्वारा भरण 19)**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो यहाँ उदाहरण दिया जा सकता है।
- (2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दान, सहायता आदि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी देकर सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। यह प्रारूप का विवरण को प्रसारित करने के लिए मैंने अपने नाम को "कोशिका फाउण्डेशन" के नाम से अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को प्राप्त करने के लिए उल्लिखित हैं, वे अंततः सहायता का इंतजार नहीं कर सकते। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और अक्षर्यकारी होगा।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन)**

- 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/concluded 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 यहाँ-यहाँ को "कोशिका फाउण्डेशन" के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं ली है और न ही लूँगा, क्योंकि मैंने "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता के लिए मदद मांगी है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी बताना चाहते हैं कि सहायता केवल वित्तीय मदद के लिए है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- (2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय मदद ही है। हमारे पास हस्ताक्षर द्वारा दी गई मदद का निर्णय केवल उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमारे को इसका चुनाव और अपने अपने की सभी जिम्मेदारियों को पूरा करने के लिए और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले 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 for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Sai Eye Care Trust) KMC Reg No - 81924	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Sai Eye Care Trust) # 15/1, Thimmiah Road, Nellore District AP - 524 102
---	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (न्यायी हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (न्यायी हस्ताक्षर 2)