

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0438 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 3/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Gowamma AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 65 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: w/o Hanumanbich

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
Mugalsuru mayasandra talbi, turuvekere taluku  
Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:  
Same as above



front of 0438 side of Gowamma

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

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

PAN No. / आय का सही संख्या:                     

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
<u>1</u>	<u>Kishore murthy</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>2</u>	<u>Suresh</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (उपरोक्त पर की जांच की जायेगी)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (उपरोक्त पर की जांच की जायेगी)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपरोक्त पर की जांच की जायेगी)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other BSL/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

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

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिख गया हो।

Sr No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा प्रस्ताव पत्र)

- 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 प्रमाण देता हूँ कि इस प्रस्ताव में लिखे 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 यहाँ सत्यतापूर्वक यह "बोशिका फाउन्डेशन" में लगे जा रहा है, इसका उपयोग अगले उपरोक्त की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में पत्राचार है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का अधिकतम या कमसे कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक 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 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता के लिए प्रस्तावित की गई "बोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैंने लिखा इस प्रस्ताव में उद्देश्य है, इस "बोशिका" दायित्व, पत्र, वार्ता/वार्ता द्वारा इच्छित से मुझे सौकर्य/सुविधाओं को प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का विवरण मेरे प्रस्ताव के पत्रों या कथनों के द्वारा "बोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे प्राप्त, प्रस्ताव का इच्छित नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" दायित्व इसके भरोसेदारों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नाम/रोगी को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से प्राप्त न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अस्वीकार/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय मदद प्राप्त होती/प्राप्त हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हॉस्पिटल द्वारा चले जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने काम की सही जिम्मेदारी लेनी एवं हॉस्पिटल को होने और "बोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shree Sankar Eye Care Hospital) HMC Reg No. 181129 गिर न</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of the Doctor &amp; Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shree Sankar Eye Care Hospital) # 16/M, Thimmarasu Road, Badli, Badli Area</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	