

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0442 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Rajamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60 SEX लिंग : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : G-Doddearu, Thuyalaballi post mayanandha bablu

Tirovekere taluku Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Same as above



Pre OP 0442 Post OP Rajamma

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

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

PAN No. जारी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस का घंटी को चिह्नन लगाए) : Yes / No 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 सम्बन्ध
1	D.K. Humisha	33	M	Son
2	manjunath D.K	31	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किरण गये किस्मों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCIOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई सहायता राशि
1	ORCS	2,000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा पंखन कर)

- 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 यथासंभव बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बताने अथवा प्राप्त करने में मेरी सहायता विरक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथासंभव बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताना गया है।
- 3) मैं यथासंभव बताना हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही कोई भी सहायता ले सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा कर)

- 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.
  - 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 (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, सच, प्रकाशक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, से लोगों को आमंत्रित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास में प्रयुक्त करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्राप्त करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सच, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम से प्रेषित और प्रकाशक होना।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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

- 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यथासंभव को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) विना प्रस्ताव से सहायता नहीं मिलेगी।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिये हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से कोई भी सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें इस (हस्पताल) द्वारा दी गई सहायता के लिये हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल को सहायता का विवरण देना और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रतिकार नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हमें एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shree Eye Care Society) NIMS Road No. 111-21</p>	<p><b>Mr. Lakshmpathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shree Eye Care Society) # 16/34, Thimmaraj Road, Madhavaram Red Area</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

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