

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building back of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0450 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Menakshamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 67 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्धन का नाम : Shri Mahalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Akkalasaamba, Dombabamhally, post - Juvvekeri Taluk - Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Same as above

Pre op post op  
0450 MenakshammaOCCUPATION : व्यवसाय : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  / 

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

PAN No. : स्वामी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / 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	Thimesh	39	M	Son
2	Shivappa AM	35	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इसपौकडा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो वेरी महाशय सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने महाशय हेतु यह राशि नहीं ली है, न ही भविष्य में ली जायेगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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/pu-upreproduce 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एनजीओ, उनके सदस्यों/सदस्यों के द्वारा वित्तिय सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए प्रेषित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महाशय के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का इकाएत नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" एनजीओ न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया):**

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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/प्रेषित को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये मांग रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु इस रोगी/रोगी के लिये मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रेषित/प्रदान हेतु मन्सूखी किया जाता है तो हस्पिटल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पिटल वित्तिय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पिटल द्वारा ही पूर्ण उपचार या कितने भी उपचार/उपचार का मुकाम रोगी एवं हस्पिटल को बीच का निशान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पिटल में रोगी के उपचार मुकाम और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पिटल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

3/06/22

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cataract & Refractive Surgery  
Institute for the Blind, Bhopal  
(A unit of Shree Baba Eye Care Trust)  
KMG Post Bag - 471223

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach  
(Name Designated as Authorised Signatory  
(A unit of Shree Baba Eye Care Trust)  
# 15/M, Thimra, Bhopal, Madhya Pradesh

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी इस्तम्बा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी इस्तम्बा 2