

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0454 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Savi Thamma AGE-YEARS 58 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : u/o Hormappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Daddashettyker, Hanvesere taluku Tumkur

District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



PREOP post OP  
OKSH Savithamma

OCCUPATION : Coolie MARRIED ( ) / UNMARRIED ( )

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. XXXXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

**FAMILY DETAILS**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE**

<input type="checkbox"/> BPL Card	<input type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
-----------------------------------	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	<u>Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery LE-Cataract + PCIOF</u>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

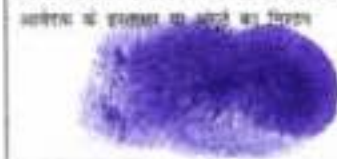
**DECLARATION by APPLICANT** (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता माँग रहा हूँ "कॉशिका फाउंडेशन", से ही करूँगा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पूरा किया है और न ही भविष्य में पूरा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 its 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 का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कचरे/चुपचाप द्वारा इत्यादि से पूरी तरीके/तरीकों और उपकरणों के द्वारा किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं पूर्णतः सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन.पी.ओ. न्यायोपक्षों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संपर्क/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त होती/होएगी यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तब हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और अपने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Nagesh B N

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/06/22	Consultant, Medical Superintendent Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shri Bhojra Eye Care Trust) Kashyap Road No. 11122 दूर. नं. 011-26112223	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shri Bhojra Eye Care Trust) # 16/M, Third Floor, Kasturba Medical College, New Delhi
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शक द्वारा किया गया)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2 
--	--