

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0455  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 3/06/22  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Lakkamma  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 60  
 लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Shankappa  
 पिता/सहोदर का नाम



preop post op  
 0455 Lakkamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
 mgadipalya, Kunigala Surval, Tumkur district  
 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

Same as above

OCCUPATION : Coolie

MARRIED ( ) / UNMARRIED ( )

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-

(Attach Proof of Income)  
 (आप का आय प्रमाण)

PAN No. :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No

**FAMILY DETAILS**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Kashan	32	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE**

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Banshi Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

Sr No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis: RE-Cataract, LE-Cataract
2	Swagely: RE-Cataract + PCICL

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

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

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

- 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 यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनाने के लिए गलत बताया गया है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
  - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् किसी भी माध्यम/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न गारंटी अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए सशक्त हो सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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:

- 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 any other 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संपूर्ण/पूर्ण रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त नहीं कर सकते हैं।

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अनधिकृत रूप में नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त की गई सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता लेना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए अनुरोध किया गया है।

(2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार देना और उसे खर्च करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी 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 <b>3/06/22</b>	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cataract, Refractive &amp; Ocular Surgery Institute for Ocular &amp; Refractive Surgery (A unit of Shree M. S. Ramiah Eye Hospital) KMC Reg No - 91123</p>	<p><b>Mr. Lakshmi pathi N</b> Manager Outreach (Name of Authorised Signatory (A unit of Shree M. S. Ramiah Eye Hospital) KMC Reg No - 91123</p>
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
--	--