

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **N/0622/0460** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **3/06/22**

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

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**Mallannahalli mayyandla hobli tumkur-taluku**  
**tumkur district Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:  
**same address**



PRE OP 0460 post OP Palakshamma

OCCUPATION / व्यवसाय: **Codic** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **28,000/-** (Attach Proof of Income) (आप को प्रमाण प्रस्तुत करना)

PAN No. सही खाल छोड़ें  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):  No

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 से क्या संबंध
1	Harish Kumar M.N	26	M	Son
2	Manjmatha M.N	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ह लगाएं			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis-Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने बिना का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो प्राप्त सहायता राशि
1	DBCS	24,000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा कलम 14)

- 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 कलम 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 कलम है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ जो आग्रह कर रहा हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।  
 3) मैं यहाँ कलम करता हूँ कि मैं आग्रह करने पर अन्य स्रोतों से किसी अन्य प्रकार/प्रायोजक/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भोजित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, सहायता एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण को प्रकरण के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/होस्टल की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकरण से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्तूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत रूप से नहीं प्रत्यक्ष या किसे एवं उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के प्रकरण सुलभ और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि/या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>3/06/22</b>	<b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shreeganga Eye Care Trust) KMC, Regd No - 81124	<b>Mr. Lakshmi pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shreeganga Eye Care Trust) # 16/M, Thiruvallur Road, Anna Nagar, Chennai
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शक द्वारा कलम)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	