

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0622/0472** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **3/06/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Ramesh** AGE-YEARS : उम्र-वर्ष : **52** SEX : लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : **S/O Yallajiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **Gani, Sambhaghatta habli Hanekere taluku Tumkur District Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **same as above**



**PREOP 0472 post op Ramesh**

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **32,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : PAN का संख्या संख्या : **\_\_\_\_\_**  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विकल्प चुनें):  Yes / हाँ /  No / 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	<b>Navneet Kumar</b>	<b>21</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

<input type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

**"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 इतिवेदन सूची संलग्न
1	<b>Diagnosis</b> RE-Cataract <b>LE-Cataract</b>
2	<b>Surgery</b> RE-Cataract + PCIO

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो कुल सहायता राशि
1	<b>DBOS</b>	<b>2,000/-</b>

**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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता या गलत साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस लक्ष्य का अतिक्रमण न कर सकूँ किन्तु अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, प्रचार/प्रचार हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित हैं सच हैं। सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 करके, हमारा यहाँ की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न माँगींग करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किन्तु कि सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मदद माँगींग है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हम सहायता किन्तु अन्य स्रोत से सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता के माध्यम से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता के माध्यम से सिफारिश की जाती है, तो ही सहायता हेतु ही नहीं सहायता के बिना ही सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता का जिम्मेदारी इस सम्बंध 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, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Specialized Eye Care Trust (A unit of Specialized Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Specialized Eye Care Trust) # 16/4, The Emerald Road, कोशिका फाउंडेशन के द्वारा सिफारिश
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2