

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0622/0474** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **3/06/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Amanulla** AGE-YEARS : आयु-वर्ष : **60** SEX : लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रक का नाम : **s/o Lateef Sab**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **Maysanalla, Huvarekere taluku, Tumkur district Karnataka**

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



pre op **0474** post op **Amanulla**

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **30,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. : आई एन आर संख्या : **Yes / No** (हाँ / नहीं) :  /

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्नित करें)

FAMILY DETAILS : पारिवारिक विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	<b>Rushma</b>	<b>11</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) : सहायता के लिए विनियम आधार

<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) : आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) : उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof : अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : सहायता हेतु विनियम के उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached : अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	<b>Diagnosis : RE-Cataract, LE-Cataract</b>
2	<b>Surgery : RE-Cataract + PCIO</b>

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 : ली गई सहायता राशि
1	<b>DBCS</b>	<b>2,000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक का बयान):**

- 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 बताना चाहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक यकीन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता, जो इस प्रारूप में मांगी जा रही है, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)**

- 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस तरह में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासीयों, दान, समर्थन द्वारा इत्यादि में प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस तरह का विवरण मेरे इलाज के खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीयों द्वारा उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह इलाज का विवरण मेरे इलाज के खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीयों द्वारा उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह इलाज का विवरण मेरे इलाज के खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीयों द्वारा उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है, स्वतः का इलाज नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी समान मामले के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बताना है कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुचारु और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  3/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shri Chandra Eye Care Trust) KMC Reg No - 84123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shri Chandra Eye Care Trust) # 15/M, Thimraiah Road, Miller Tank Road
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2