

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : **B/0623/0489**

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि **13/06/2023**

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम **Doddamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **80 yrs**  
SEX लिंग **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**Berambadi, Gundlupet Taluk,  
Chamrajnagar District, Karnataka.**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**- Same as above -**



OCCUPATION :  
व्यवसाय **Home-Makes**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. उपरोक्त खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं। (जो मान्य हो उसे या सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विवरी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये विवरी का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT** (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से न तो भुगतान, न ही किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो भुगतान है और न ही भुगतान में शामिल हूँ।

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

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/का दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण रूप से, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अक्षर्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रश्न के मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमोदित हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही प्रत्येक या किसी गंभीर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जन का तिथि 13/06/2023	Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर KMC No. 50254	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute on behalf of Hospital Care (A Unit of Panchajanya Trust, Gurgaon, Haryana) Dr. M. Thirumangalakudi Road, Miller Tank Bed Area गुरुगढ़, हरियाणा
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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