

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building trust of life

APPLICATION No: आवेदन संख्या: **B/0623/0506**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **13/6/23**

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

AGE-YEARS आयु वर्ष: **70**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **L/o Maddashetty**



Preop Postop  
0506 Chikkamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता  
**Basavapura puttanapura Hangala Hobli**  
**Gundlupet taluk Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

**Same as above**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **-**  
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

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

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> गरीबी रेशा के पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किती 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)	D.B.G.S	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कएल गइल):**

- 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) मै यहाँ कएल गइल हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई क्लेम एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता रिक्वेस्ट को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता रिज "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बता दिया है।
- 3) मैं यहाँ कएल हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं अर्शेक कर रहा हूँ, उस राशि का अर्शेक या रकम किसी किसी अन्य डॉ.निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कएल)**

- 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 छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, डॉ. चक्रवर्तियों द्वारा इन्टरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण सही हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिभूत है पूर्ण सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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 को जोर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकृत से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सार से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गये सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गये अन्ततः या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Handwritten signature of the hospital signatory.*

<p>Date of Surgery अपरेशन का तिथि</p> <p>13/6/23</p>	<p><i>Signature</i></p> <p><b>Jr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic &amp; Reconstructive Surgery KMC No. 30244</p>	<p><i>Signature</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmic &amp; Eye Care (A Unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya) 100, The Mahanagar Road, Inner Tank Bed Area</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Signature</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Signature</i></p>
--	--