

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0622/0512  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 8/06/22  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chinnrapamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 65  
SEX: F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Chinnahalli mulbagal taluka Kolar district  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



Pre op Post op  
0512 Chinnrapamma

OCCUPATION: Coolie

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/-

(Attach Proof of Income)

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE: Yes / No

**FAMILY DETAILS**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	C. Subramani	46	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE**

<input type="checkbox"/> BPL Card	<input type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
-----------------------------------	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DRCs	2,000/-

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्थात्: पत्र भरना है)

- 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 बताने का हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन" से लेता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताने का है।
- 3) मैं यहाँ बताने का हूँ कि इस सहायता हेतु या उसके बाद, मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्थात्: पत्र भरना है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (अर्थात्) अर्थात् अर्थात् की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने हेतु इच्छा से मुझे तस्वीरें और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को विचार में रखता हूँ कि मेरे नाम का प्रयोग "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे प्रसारित करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी अंतिम और बाध्यकारी होगी।

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

अर्थात् के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (अर्थात्: पत्र भरना है)

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, इससे अंगूठे की ओर से अनुमतिपूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्थान हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बताने का है कि हमें सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे ही चिकित्सक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमें सहायता की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>8/06/22</p>	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shreeadhar Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123</p>	<p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shreeadhar Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात्: पत्र भरना है)

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