

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0623/0513 APPLICATION DATE : 13/6/23  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Nagamma AGE-YEARS : 58 SEX : F  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kaligachanahalli Gundlupet taluk  
 वर्तमान आवासीय पता कर्नाटक

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
 स्थायी आवासीय पता



Preop Postop  
0513 Nagamma

OCCUPATION : Home maker MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : PAN No. :  
 वार्षिक आय (आप का माध्य संलग्न)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का विकल्प लगाएं) 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 संबंध
1	Mahadeva	70	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE :  
 सहायता हेतु किये गये विनती 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 LE Cataract + PLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक निश्चिंत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रारूप के अंतर्गत से प्राप्त की गई सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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/post-up/produce 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.

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एडम् न्यासी, या, याचनाएं दूसरे उद्देश्यों में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के चलने या बंद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एडम् इनके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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:

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.

इससे अधिकृत, हमारा को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, बल्कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल अंतिम तौर पर उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये 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 उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/6/23

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO

Consul Name of Dr. & Regn. No. with Stamp  
कंसल का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.

**Dr. Lakshmi Pathi N**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Institute for Anesthetic Eye Surgery  
(A unit of Shri Chaitanya Eye Care Centre))

133/3, Thiruvalluvar Road, Miller Tank Bad Area  
आन्तरिक उपयोग हेतु

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
व्यवस्थापक 1

*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
व्यवस्थापक 2

*(Signature)*