

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0514 APPLICATION DATE : 8/6/22  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : B R Janardhanraiah AGE-YEARS 75 SEX M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : K. Ramaiah  
पिता/पत्नी का नाम



pre op post op  
0514 B.R. Janardhanraiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Chamatlaballi mulbagal taluku Kalas District  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : — (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	<u>Makirajjun</u>	<u>23</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
2	<u>J. Sraavan</u>	<u>17</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विधि अथवा

<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) अल्प 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 प्रमाण
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>Diagnosis</u> <u>RE-Cataract</u> <u>LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery</u> <u>LE-Cataract + PICAL</u>

**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 सी गई सहायता राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्थक द्वा कर्ता)

- 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 पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस उद्देश्य को नहीं है, इस उद्देश्य को नहीं है, अन्य किसी भी सहायता के लिए अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्थक द्वा कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 का निशान देकर, मैं (अर्थक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है, जिसमें मुद्रित, लिखित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम का उपयोग शामिल हो सकता है। इस प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वा कर्ता)

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, हस्ताक्षर की जाते हैं यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव करने पर हस्पताल के चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता के लिए ही सहायता प्राप्त की जाती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख <b>8/06/22</b>	<b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shraddha Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	<b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation, Address & Contact No. of Signatory) (A Unit of Shraddha Eye Care Trust) # 16/A, Thiruvananthapuram Road, Miller Jack Bed Area
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्थक द्वा कर्ता)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2