

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **3/0623/0514**

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

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **70** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम **D/Late Chikka Liddappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता  
**Lingayatara Bida Terakarambi Grama**  
**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. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं / (अगर मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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 विधि आधार

<input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे लगे निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<b>1)</b>	<b>Dignosis</b> <b>RE Cataract</b> <b>LE Cataract</b>
<b>2)</b>	<b>Surgery</b> <b>LE Cataract + Pctol</b>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी
<b>1)</b>	<b>DRCS</b>	<b>2000/-</b>

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

- 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.
  - 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाठ विधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस महापाठ हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, जो कि या तो अतिरिक्त या सरकारी कर्मचारी अन्य धर्म/निर्वाह/व्यापारिक कर्मचारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिये।

**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/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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, दूर, याचना/पत्र द्वारा इत्यादि से जुड़ी पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के चलने या खार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापाठ के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः महापाठ का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोप न्यायोप 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:
- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से न्यायोप/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महापाठ हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महापाठ किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापाठ वित्तीय अतिरिक्त/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से महापाठ लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महापाठ 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 फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को जारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई न्यूनता या जिम्मेदारी इस महापाठ में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/6/23</p>	<p><i>ASU</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant &amp; Reg. No. with Stamp RMO No. 9024</p>	<p><i>Lakshmi</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Institute for Rehabilitation &amp; Special Care (A Unit of Koshika Foundation, Bangalore)) # 10/A, Thompson Road, Miller Tank God Area</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safaryal</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Lakshmi</i></p>
--	---