

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0515 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 8/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Changalaxayappa M AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुप का नाम : S/O Munishamy



PROOF PD+OP  
0515 changalaxayappa M

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
Nagawada mestonur Kolar district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं  No

**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	<u>Nr. Jankiamma</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोथे 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) रसदपोकी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित दवाही संलग्न
1	<u>Dignosis</u> <u>RE-Cataract</u> <u>LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery</u> <u>RE-Cataract + Prol</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 जी एवं सहायता राशि
1	<u>DRCA</u>	<u>2,000/-</u>

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):**

- 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 यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अथवा सत्य ज्ञान है तो यही सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ सही ज्ञान पर "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह अर्शक को नहीं है, उसे नहीं का अर्शक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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.
  - 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 अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से दूर की तस्वीरियाँ और प्रसन्नियों के लिए किसी भी उचित माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण पूरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है उसे अर्शक, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायी अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शक द्वारा कथन):**

- 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 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.
  - 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 को और से मर्यादा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में सक्षम न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अर्शक/रोगी हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अर्शक किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अर्शक/रोगी के लिए उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम में नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और अपने जाने की सही विधेयता लेनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन 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 Shreeganga Eye Care Trust) KMC, Bag No - 81123	<b>Mr. Lakshmi pathi N</b> Manager Outreach (Authorized Signatory) (A unit of Shreeganga Eye Care Trust) KMC, Bag No - 81123
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2