

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या : **B/0724/0803**

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि **08/07/2024**

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

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कनृत्य का नाम **W/o Basappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जाबासीय पता

**chirakaraballi Gundlupet Taluk  
Chamraiyenagar District Karanataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ जाबासीय पता



**Pre op post op  
0803 Devamma**

OCCUPATION:  
जबरदस्ती

**Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

**₹1,000/-**

(Attach Proof of Income)  
(आय का साध्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर मही का निशान लगाये)

Yes / No  
**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 लिए विनति उद्देश्य

SPL Card

(Attach Card Copy)  
गटीकी रेखा के नीचे डायग यां  
(प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करो)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अल्प अवसर की डायग यां  
(प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करो)

Action Card  
(Attach Copy)  
उपचारका कार्ड  
(प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करो)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साध्य

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

उत्पाताल/डायगियर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न:

①

**Diagnosis**

**RE CATARACT -**

**LE cataract**

**Surgey**

**RE CATARACT SURGERY PCVTL**

**LE CATARACT SURGERY PCVTL**

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

Sr. No.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED  
ली गई सहायता राशी

②

**JBCS**

**2000/-**

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा यहः

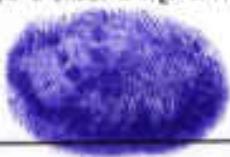
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 संघर्ष करता हूं कि इस प्रकार से लिये गये सभी विवरण येरी जनकारी के अनुसार सच एवं सही हैं: परं कोई विवरण एवं कथन असच या बदला है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये विवाह लेंगे, जो इस प्रकार में प्रयोग हो।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवाह सहायता हेतु या प्रयोग को गई है, उस योग का अधिकार या सकल विवाह विवाह अन्य स्थानियोंवालीमात्र करनी से न तो लिया है और न तो खील्या ये लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा करा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने इसकाल या अपने की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूं यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, जांचे और जो विवरण इस प्रयोग में लिया गया है, उसे "कोशिका" एवं नाम, नाम, वायव्याच दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वायव्य में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है: यो इनक का विवरण यो इतना के लाले या बार में बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नाम अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस काल में सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, जांचे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त स्थान, सहायता का उकाया वाली बदला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अतिव और बाध्यकारी होगा।

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

अवेदक की इसकाल या अपने का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करा)

- 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.
- इन्होंने अधिकृत, हस्पताल की ओर से यामर्त्तीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु लिया गया जीवन की स्थिति का लिया है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न इकाइ से भवन व स्वीकार करते हैं।
- यह कि व तो कामियन और व ही विविध में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से हस्त ऐंठी/व्यापते में लेंगे या ले रहे हैं, येरो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधायिकी उसके साथ ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान हेतु किया है। और, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य का साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय योगदान उस ऐंठी/व्यापते हेतु किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं सोचती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जी गई सहायता के बावजूद विविध प्रकृति की है: योगी पर हस्पताल द्वारा ये जी साकारी या किसी अन्य संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इसलिये हस्पताल ने योगी के इतना सुन्दर और आने वाले भी योगी विविध गोंगी एवं हस्पताल भी होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी भी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

*Mr. Lakshmipathi N  
Manager Outreach*

*Institute for Diabetes & Eye Care*

*(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)*

*# 16/M, Thimmalai Road, Miller Tank Bed Area*

*(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory*

*on behalf of Hospital)*

*नाम व वट हस्पताल अधिकृत अधिकारी*

Date of Surgery  
अंगीरण की तारीख

*Dr. Laxmi Dorennavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant Ophthalmologist & Retinologist  
नाम: Dr. Laxmi Dorennavar  
नाम: डॉ. लक्ष्मी डोरेनवर*

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्पताल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2