

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0823/0806

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 3/8/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Graviyappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65  
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: s/o Sindurappa



Pre op Post op  
0806. Graviyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता: Belavade Handipura Gundlupete

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता: Taluk, Chamrajnagara District Karnataka

—same as above—

OCCUPATION: व्यवसाय: coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 28,000/-

Attach Proof of Income (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं का आय संचयन

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विपरीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof <del>कोई नहीं</del>
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धूरी संलग्न
①	Diagnosis RE catara of LB cataract
②	surgery LE cataract + PCIOL

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 ली गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

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

- 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 प्रकरण 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 दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं 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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एनएमबी, एनएमबी, एनएमबी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रकरण का विवरण या इसका कोई भी हिस्सा या हिस्से का हिस्सा नहीं बनने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएमबी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समर्थन/सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त स्रोत/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद/सहायता प्रदान की जाती है, उसी पर हस्पताल द्वारा ही भई सहायता का निर्णय/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लगे हुए उपकरण सुरक्षित और अपने कामों को जारी रखने/चलाने के लिए हस्पताल को कोई भी "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/8/23</p>	<p><b>Dr. Laxmi Dorenavar</b> MBBS, MS, FRCO Consultant RMC No. 1302</p>	<p><i>(Signature)</i> Dr. Lakshmi Dorenavar Manager, Outward (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 157M, The</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संख्या 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संख्या 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--