

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **6/0823/0812**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **04/08/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Gowamma**

AGE/YEARS आयु/वर्ष : **80**

SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सुपुत्र का नाम : **w/o Late Shivanna**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

**Anekere AT Post Kasaba hobli Tarnekere**

**Tumkur Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

**Same as above**

**Proof 0812 Postad Gowamma**

OCCUPATION / व्यवसाय : **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **-**

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 1. आप आय कर दाता हैं। (को मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएँ)

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 विवृति आधार

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>BPL Card</b><br/>                 (Attach Card Copy)<br/>                 गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p> | <p><b>EWS Certificate</b><br/>                 (Attach Certificate Copy)<br/>                 अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p> | <p><b>Ration Card</b><br/>                 (Attach Copy)<br/>                 उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p> | <p><b>Any Other Basis/Proof</b><br/>                 अन्य कोई प्रमाण</p> |
|--|--|--|--|

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न   |
|-----------------------|---|
| <b>1</b>              | <b>Diagnosis</b> <span style="float: right;"><b>BE cattract</b><br/><b>LE cattract</b></span> |
| <b>2</b>              | <b>Surgey</b> <span style="float: right;"><b>BE cattract+PCPOL</b></span>                     |

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| <b>1</b>              | <b>NBCs</b>                              | <b>2000/-</b>  |

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

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो सभी महापाल विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस आ महापाल को "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का नहीं है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापाल हेतु यह आवेदन को भेजा है, उस रोगी का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य धारा/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करा)

- 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/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.
  - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायक/रुग्ण उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण को इत्यादि के पहलू या बदलने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापाल के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सत्ता, महापाल का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ा से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महापाल हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

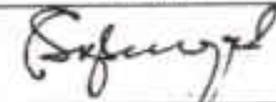
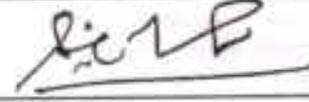
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महापाल किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में होने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापाल हेतु सिफारिश/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापाल विधि अधिकृत/सकता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से महापाल लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का महापाल अलग वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने का महापाल या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lakshmi*

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन का तिथि</p> <p>04/02/2023</p> | <p><b>Dr. Laxmi Dorenavar</b><br/>MBBS, MS, FRCS, FICO<br/>Consultant &amp; Director, Elective<br/>KMC, K. J. Somaiya</p> | <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b><br/>Manager (Outreach)<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>Institute for Translational Research<br/>(A Unit of Strategic Health Care, ICMR)<br/># 16A, Thiruvananthapuram Road, Kottayam, Kerala</p> |
|---|---|--|

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

|   |   |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p>                                | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p>                                  |
|  |  |