

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/0823/0818

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 04/08/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Rathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: w/o Yalakappa



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: K Dodderi mayasandra (W) Kattukere (T)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Kanakuru post Tumkur Karnataka

Same as above

Preop 0818 Postop Bathamma

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: —

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / PAN संख्या: —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस या सही का विकल्प लक्षण): Yes / 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
<u>1</u>	<u>Aarish</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

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

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis RE catract LE catract</u>
<u>2</u>	<u>Surgery LE catract + 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 / ली गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

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

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य मात्रा में तो नहीं सत्यापन विवरण को खारिज कर देता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी न तो भविष्य में, न ही वर्तमान में, न ही भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद मांगी है और न ही मांगने में लूंगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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.
- 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने इलाका या अंगरे के द्वारा लखनऊ, मैं (आवेदक) अपनी स्वाधीनता को सुरक्षित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, सहायता/दूसरे उद्देश्य के दृष्टि से विनिर्दिष्ट और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाके के रहने या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरा प्रकरण के उद्देश्यों से घोषित है, पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सकारणी होगा।

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

आवेदक को इलाका या अंगरे का चिह्न



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

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:

- 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.

इससे अधिकृत, इलाका को और मे सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उदाहरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उस रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायता संस्थान वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह मदद या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाके सुरक्षित और अपने जाने को जारी रखने/लेने रोगी एवं हस्पताल को हानि और "कोशिका" को कोई नुकसान या बिगड़ना इस सम्बंध में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेसन का तिथि  04/08/2023	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का मुद्रा	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीयों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीयों हस्ताक्षर 2