

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0894

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Girimallegowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ता का नाम

S/o Mallegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kothana halli, Madhur taluk, Hosakere  
Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

☒ MARKED (चिह्नित) / ☐ UNMARKED (अचिह्नित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35000/-

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1)                     | Bhaggyamma                                        | 60                         | F              | Wife                                            |
| 2)                     | Bindu Kumar                                       | 31                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियत आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुंधी संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)                     | Diagnosis<br>RE Cataract<br>LE Cataract                                                       |
| 2)                     | Surgery<br>B LE Cataract + PCTOL                                                              |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो यह सहायता है |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1)                     | DBCS                                      | 2000/-                                                |
|                        |                                           |                                                       |
|                        |                                           |                                                       |



Preop Postop  
0894 Girimallegowda

- 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 यहाँ पर बताना है कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समान किन्तु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही कोशिका से लूना।

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 प्रश्न पर अपने उत्तरदाता को अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसमें ज्यादाारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" पत्रपत्रिका, दूर, दूरदर्शन, दूरचित्रोत्सव में खुदो प्रसारित/प्रसारित कर सकते हैं। मैंने किसी भी प्रकार दायित्व से उत्तरदाता करने को निरुद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर में पता या घर के बारे में निरुद्ध "कोशिका फाउंडेशन" के ज्यादाारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उत्तरदाता में घोषित है खुदो प्रसारित/प्रसारित कर सकते हैं। इस संबंध में "कोशिका" पत्रपत्रिका, दूरदर्शन, दूरचित्रोत्सव और दूरचित्रोत्सव को।

आवेष्टाओं को बदलावों का ज़ोरों का विशाल



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.

हमारे अधीनस्थ, हस्ताक्षरों की ओर से चयनित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित को ज्ञात है, जिसे हम (हमस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में ली जायेगी है, जेबे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/निम्न उक्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकांश/सकल हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पूर्णतः स्पष्ट कहा जात है कि हमस्पताल विशेषकर उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए मेम्वरशिप

Dr. Naresh B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Comes, Cataract & Refractive Surgery  
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
M.D. 31.03.2018

Mr. Lakshmi Prasad N.  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
16M, The ...

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ग्यामी हस्ताक्षर ।

Safarzal

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2

list