

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0914

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rathnamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

do Venkateshappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kuppur village, musthi hobli, Kolar  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही 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 से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्धारित आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के पीछे 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे गर्व निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RE-Cataract<br>LE-Cataract                                                          |
| 2                      | Surgery<br>RE-Cataract + PCIO                                                                    |

## 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DRCS                                      | 2000/-                                                  |



PGOP Postop  
0914 Rathnamma

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 कहता हूँ कि इस प्रमाण पत्र 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 निरास की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता मुझे "अभिलेख परामर्शदाता", से दी जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद के अनुसार की जाना चाहिए कि मेरे द्वारा सहायता के लिए प्रमाण पत्र में क्या कहा है।

3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैंने सहायता के लिए प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरणों का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का उत्तर इच्छाकार या अर्थात् को लाभ लेता/कर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को निम्न अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा को पालने या बाद में करने को निम्न "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम को उद्देश्यों में प्रस्तुत है जुड़ी बात। सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसकी न्यासीयों का निष्पक्ष अंतिम और बाधकही होगा।

आलेखक डॉ. इन्द्रावती यादव आचार्य डॉ. अशोक यादव



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.

इससे अधिकतर, हमारे पास की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमself और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि। उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अयोग्य/असफल हेतु मरर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself द्वारा मरर उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमself द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के इरादा मूख्य और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी हम अपने में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

18/8/22

Dr. Nagesh B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
(A) \_\_\_\_\_  
(B) \_\_\_\_\_

Mr. Lakshmi pathi N  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

# 16/M. This was a 16-year-old female who presented

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इन्स्टिट्यूट

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी दम्पत्यः ३

12/28