

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0973

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ganabai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Krishnankika

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

22 AK Idany Chatekere hamnukkethu

Ramanagara district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खत संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर घड़ी का निशान 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Venkatesh                                         | 26                         | M              | Son                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

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

सहायता के लिये चिन्हित आधार:

|                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                          |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BFL Card<br>(Aftash Card Copy)<br>गोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए चिन्हों का उद्देश्य:

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

## 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>जो गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DACS                                      | 2000/-                                                  |

Preop Post op  
0973 Ganabai

**DECLARATION by APPLICANT** (आवेदक द्वारा भरना है)

- 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 यहाँबत करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँबत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँबत करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं न तो किसी भी तरह से, इस मदद का अधिकार या स्वतंत्र रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही प्राप्त है और न ही भविष्य में हूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 its 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 हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिए और/या जानकारी को लिखित/चित्रित/प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण को प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य में शामिल है यहाँबत: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

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 any other 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 की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/चिकित्सा उक्त की समस्त में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रकाशित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता संचालन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय एवं उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का हस्ताक्षर/प्रकाशित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस प्रश्न में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

30/8/22

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A Unit of Koshika Foundation)  
KMC, Pimpri, MS - 411004

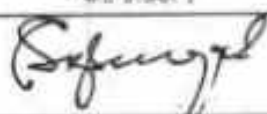
**Mr. Lakshminarayanan N**  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A Unit of Koshika Foundation)  
# 15/M, Thimmaiah Red Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

