

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0923/1190

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/9/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Minakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Rachayya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Belakavadi Halavalli taluk  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

Same as above



pre op postop  
1190 Minakshamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित)

/ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Rachayya	70	M	Husband

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

सहायता के लिये किन्ती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेखा में नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किये गये किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकरेण सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

इस उद्देश्य को 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 वही गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

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

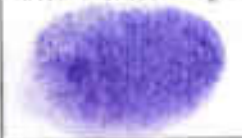
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी नही जा रही है, उनका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या इतर स्रोतों से भी नही हूँ, उन स्रोतों का अधिकार या नुकसान किसी किसी अन्य संगठन/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो सके जिनसे मैं इसी उद्देश्य के लिए नही भविष्य में श्रुति।

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

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" एम्बु-नर्सरी, डॉ. लक्ष्मीपथी द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है कुछ नहीं। सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु-उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में सक्षम न होकर करती है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेने/पान करने में होंगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निशान उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के तहत कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा वित्त प्रदान उम्मा लेने/पान हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/पानेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नहीं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने जाने को जारी रखने/पानेगी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए प्रस्तावित

*(Signature)*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>09/9/23</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (M.B.B.S, M.S. P.B.R.S, F.I.C.O) Consultant in Phaco &amp; Refractive</p>	<p><b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shree Anand Hospital Pvt. Ltd.) # 15/7A, Thiruvananthapuram, Kerala</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--