

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : B/0923/1208

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 26/09/23

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Jayanna

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 67  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कन्या का नाम 310 Shivalingrah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
वर्तमान आवासीय पता # 168 Bilgeva Tiptur Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता Same as above



proof 1208 Jayanna

OCCUPATION :  
व्यवसाय unemployed

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय — (Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :  
स्थायी करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार:

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेषा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	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
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच सच सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य सच सच है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद प्राप्त करने का इच्छुक नहीं हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

**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 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 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 के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके भरोसेमंदों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो एवं विवरण के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए, कोशिका फाउण्डेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से। इस प्रकार का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए, कोशिका फाउण्डेशन और उसके भरोसेमंदों के द्वारा किया जा सकता है। इस प्रकार का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का छाप



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

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से याचक/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" 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 सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में रहेगी या तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/संभव हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त मदद उस रोगी/रोगी के लिए है जो "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अर्जित करता है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संसुद्धि

**Dr. Lakshmi Pathi**  
Manager Outreach  
Institute for Deafness & Eye Care  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
# 15/M, Thimraiah Street, New Market, Coimbatore - 641 001, Tamil Nadu, India  
यह व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**Dr. Laxmi Dorenavar**  
MBBS, MS, FRCS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पीटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
06/09/23

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2