

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

B/0923/1211

APPLICATION DATE :

26/9/23

NAME of APPLICANT :

Chandranayka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

S/o Samyanayka

FATHER/SPOUSE का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gudigandarahalli Tiptur taluk  
Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above.

Pre-op Post-op  
1211 chandranayka

OCCUPATION :

Coolie

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

28,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई पत्रिका संख्या

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

Yes / No

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

हाँ / 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 |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1)                     | Rathamma                                          | 60                         | F              | Wife                                      |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनीत आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

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

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 |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | DBCS                                      | 2000/-                                                  |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा बतलाया यह:

- 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 बतला रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बतलाने के लिए गलत बतलाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बतला रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ बतला रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस चीज का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य कोशिका फाउण्डेशन/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक के नाम और उसकी "उद्देश्य" के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए "कोशिका" पर प्रकाशित करें, इन माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण कोशिका फाउण्डेशन के ट्रस्टियों के बिना मेरे बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित नहीं किया जा सकता। सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउण्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा ही किया जा सकता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/पेशी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में माध्यम स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से प्रदान की जाएगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना करने के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हो चुका है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्राप्ति से स्पष्ट बतलाया जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर पर प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/पेशी।
  2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। टोपी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या प्रदान की जाने वाली सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही करना है। सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने टोपी के इलाज का चुनाव और उसे करने को सही विवेकपूर्वक रूप से हस्पताल को छोड़ दिया और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए सिफारिश

*Lakshmi*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
26/9/23

*Dr. Laxmi Dorennayar*  
Dr. Laxmi Dorennayar  
M.B.B.S., M.S., F.P.K.S., KICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Mr. Lakshmi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shree Chaitanya Hospital Pvt. Ltd.)  
# 16/M, Thimmarajpet, Bangalore - 560022

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*