

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : B/0923/1212  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/9/23  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mallikaiah  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68  
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Huchanigaiah  
पिता/वधु का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Kanchugaranahalli Tiptur taluk  
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
Same as above



Pre-op 1212  
Post-op Mallikaiah

OCCUPATION : Coolie  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 29,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / 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 से संबंध
1)	Susheelamma	58	F	Wife.

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनीत आधार

BPL Card (Attach Copy Copy) गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये विनीत 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 LE Cataract + PCIOL

**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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी
1)	DBIS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें);**

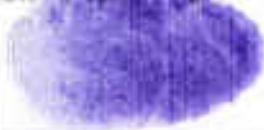
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यही सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस सहायता का उपयोग या वापस किया गया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में किया जायेगा।

**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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान देकर (आवेदक) आपने स्वीकार किया है कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, उसे "कोशिका" दायरे में आने वाले, दान, सहायता हेतु उद्देश्य के लिये विज्ञापित और प्रचारित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रारूप पर विवरण को प्रचारित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों को अधिकृत किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये जा रहे हैं, सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दायरे में आने वाले भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठों 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 सकारात्मक कारण से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के कारण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन स्वीकार/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/होस्पिटल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक कारण से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ही है एवं हस्पताल के बीच का विवरण है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए हमारा/होस्पिटल में रोगी के उपचार सुझाव और आने जाने की ज़रूरतों हेतु एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

*Mr. Lakshmi Pathi N*

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
[A unit of Shree Chitwan Hospital, Kathmandu, Nepal]  
on behalf of Hospital)

# 16/M, Thimphu, Kathmandu, Nepal, 1010, Bed Area

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

26/9/23

*Dr. Lexmi Dorennavar*  
**Dr. Lexmi Dorennavar**  
MBBS, FC, FRS, FIGO  
Consultant Paed & Refractive

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

*Dr. Sanjay*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

*Dr. Lakshmi Pathi N*