

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0923/1213**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **26/9/23**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Basaralingappa**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **75** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: **s/o Lakkappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**Hosahalli Rangapura Tiptur taluk Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
**Same as above**



Pre-op Post-op  
1213 Basaralingappa

OCCUPATION: व्यवसाय: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **---**  
(Attach Proof of Income) (आय का सत्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आय करदाता 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 के साथ सम्बन्ध
1)	Magarathamma	70	F	wife

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

<b>BPL Card</b> (Attach Dated Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साधन
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये निवृत्ती 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 + PCICL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1)	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT (अवेक द्वारा कर्ता):**

- 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.
  - 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.
  - 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार मैंने सब सही जानकारी को सचुदा देना एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कसब असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग, जो इस प्रकार में भरा गया है।
  - मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या कमतर दिनांक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेक द्वारा कर्ता)**

- 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.
  - 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा वृद्धि के लिए प्रचारित करने और जानकारी के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे विषय को इस प्रकार में प्रकाशित करने या प्रसारित करने से मेरे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा।
  - मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को किसी भी माध्यम में प्रकाशित करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अवेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान:



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

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:

- 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.
- 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 ओर से परामर्शदाता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की ओर से सहायता हेतु "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तीय सहायता संगठन से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया/प्रदत्त की जाती है, उसे या हस्पताल द्वारा ही प्राप्त करना या करने का अधिकार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
26/4/23

*(Signature)*  
**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MCh, FRCS(FCO)  
Consultant - Phaco & Refractive  
KOSHIKA FOUNDATION

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)  
# 16/M, Thimappalli Road, Juhu, Mumbai - 400049

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*