

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: N/1022/1215                                                                                                                                     | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि: 11/10/22                                             |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम: Narisamma                                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60<br>SEX लिंग: F                                                 |
| FATHER/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/सहोदर का नाम: D/o Marigangiah                                                                                                                       |                                                                                       |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता<br>Nelamangala Taluk, Hydalu, Myanahalli,<br>Bangalore Rural Karnataka 560123                                                         |                                                                                       |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता<br>Same as above                                                                                                                     |                                                                                       |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय: Home maker                                                                                                                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय: -                                                                                                                                         | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न करें)                                  |
| PAN No. पैन संख्या: -                                                                                                                                                             |                                                                                       |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न दें) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No |                                                                                       |



preop 1204 postop Narisamma

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 के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Muniraj                                           | 37                         | M              | Son                                             |
| 2                      | Sonjan                                            | 15                         | M              | Son                                             |
| 3                      | Purnesh                                           | 13                         | M              | Son                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि-आधार

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| BPL Card <input checked="" type="checkbox"/><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश का चीन्हा प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate <input checked="" type="checkbox"/><br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card <input checked="" type="checkbox"/><br>(Attach Card Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/><br>अन्य कोई सबूत |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे लक्ष्य है/उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis - RE - cataract<br>LF - cataract                                                    |
| 2                      | Surgery LF - Cataract + P.IOL                                                                 |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DBS                                       | ₹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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य अथवा सत्य मान्य है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 fulfilment 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 अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य से सूचीबद्ध करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 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.

इससे अधिकृत, हमारा कहना है कि हमें या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहे हैं और न ही भविष्य में लूँगे।

1) यह कि न तो हमें या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहे हैं और न ही भविष्य में लूँगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/10/22

Dr. Narayan B N  
Consultant, Medical Superintendent  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A Unit of Koshika Foundation Trust)  
MMC Reg No: 8123

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Institute for Diabetes & Eye Care Trust)  
(A Unit of Koshika Foundation Trust)  
# 16/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2