

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : <b>B/1023/1243</b>   | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : <b>03/10/23</b> |                     |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम : <b>Jayamma</b>   | AGE-YEARS आयु-वर्ष : <b>70</b>                     | SEX लिंग : <b>F</b> |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्ब का नाम : <b>w/o Gangadharaiyah</b>   |  |                     |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवाससौच पता<br><b>66 opp. Kanaka bhavana chikkanayakanahalli<br/>Tumkur 572214</b> |  |                     |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवाससौच पता<br><b>Same as above</b>  |  |                     |



|  |  |
|--|--|
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय : <b>unemployed</b>        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br><input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय : <b>-</b> | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)   |

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No  
हां / 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 के साथ सम्बन्ध |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |
|                             |   |                            |                |   |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:

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

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>की गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| <b>1</b>               | <b>DBU</b>                                | <b>2000/-</b>   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मेरे द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विधि सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का आंशिक या सफल विपदा किन्हीं अन्य प्रोव्हाइडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में हूँ।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, एवं सावधान्यपूर्वक उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किन्हीं भी दूसरे माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के चलते या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लब्ध अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्त है जुद्ध स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधककारी 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:
- 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बंध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किन्हीं और सारकारी संस्थान या किन्हीं अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किन्हीं अन्य और सारकारी संस्था या किन्हीं अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किन्हीं और सारकारी संस्था या किन्हीं अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की गरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई घुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lutabi*

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>031 02 23</p> | <p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i><br/> <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br/>                 (Name)<br/> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b><br/> <b>Consultant - Phaco &amp; Refractive</b></p> | <p><i>Mr. Lakshmi pathi N</i><br/> <b>Mr. Lakshmi pathi N</b><br/>                 Manager Outreach<br/>                 (Name)<br/>                 (A unit of Shradha Behal Hospital)<br/>                 # 15/4, Thimmaiah Road, ...</p> |
|---|--|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--|--|