

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1023/1268** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **03/10/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Gangadharaiah** AGE-YEARS आयु-वर्ष **60 yrs** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम **3/0 Gavi Rangappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**Bommenahalli, Naduvanahalli Post, Handanakere Hobali, Chikkarayakanahalli, Tumkur District, Karnataka.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**- Same as above -**



pre op Post op  
1268 Gangadharaiah

OCCUPATION : व्यवसाय **coolie** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **25,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No  हाँ / 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.	Omkamma	54 yrs	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार			
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनियमित 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 + PCIO

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 सी गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

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

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापात्रता निरास की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी महापात्रता हेतु या प्रार्थना को नहीं है, उस राशि का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहस्रता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायो, पत्र, पत्रिका या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापात्रता के उद्देश्यों से प्रार्थना हेतु प्रेषित: महापात्रता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से योग्य/रोगी 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सहायता हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>03/10/2023</b>	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> <b>Consultant, Phaco &amp; Refractive</b> <b>KMO No 90244</b>	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> <b>Manager Outreach</b> <small>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory for Koshika Foundation &amp; Eye Care (A unit of Shree Chiranjeevi Eye Hospital) # 16/1, Thirumala Road, MDR, Badli Area, New Delhi)</small>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	