

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                |                                                                                                           | Koshika<br>foundation<br><small>Building block of life</small>                                                                         |                |                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1022/1375                                                                                                                                                                   |                                                                                                           | APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 21/10/22                                                                                               |                |                                                                                                                         |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Thimmegowda                                                                                                                                                                 | AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65                                                                                   | SEX लिंग : M                                                                                                                           |                |                                                                                                                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : S/o Venkategowda                                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Gopasandra, Thurgani, Ramanagara District, Karnataka - 560117                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : Same as above                                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie                                                                                                                                                                                  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 29,000/-                                                                                                                                                                |                                                                                                           | (Attach Proof of Income) (आय का सक्षम संलग्न)                                                                                          |                |                                                                                                                         |
| PAN No. : स्थायी खाता संख्या                                                                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| 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 सम्बंध                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                              | Chikkethayamma                                                                                            | 60                                                                                                                                     | F              | wife                                                                                                                    |
| 2                                                                                                                                                                                                              | Naganna                                                                                                   | 38                                                                                                                                     | M              | Son                                                                                                                     |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनोति आधार                                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                      |                                                                                                           | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनोति का उद्देश्य:                                                                                                                               |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                                         | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं धुकी संलग्न          |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| 1                                                                                                                                                                                                              | Diagnosis<br>RF - Cataract<br>LF - Cataract                                                               |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| 2                                                                                                                                                                                                              | Surgery<br>LF - Cataract + P.I.O.L                                                                        |                                                                                                                                        |                |                                                                                                                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को 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>ली गई सहायता राशि                                                                                |                |                                                                                                                         |
| 1                                                                                                                                                                                                              | PBCS                                                                                                      | 8000/-                                                                                                                                 |                |                                                                                                                         |



Preop Postop  
1999 Thimmegowda

**DECLARATION by APPLICANT (अवेदक 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 फॉर्म 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) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या समकाल विमर्श किसी अन्य प्रोविडोर/व्यक्ति/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रयोजन के लिये प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एक न्यायोर्ष, दान, प्रायोजन/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से इस बात को पता करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हूँ मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक न्यायोर्ष के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

**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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायसे/होम को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

8/10/22

Dr. Nagesh B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetic & Eye Care  
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)  
M.C. Reg No. - 81122

Mr. Lakshminipathi N  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)  
# 15/M, Thimmaiah Road, 1st Floor, 1st Bed Area

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2