

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1465  
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 4/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Kempa Javarajiah  
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80  
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम : Slo Nanjaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Mudigere Navinakere post Dabbeghatta Hahli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Tumkur Taluk, Tumkur Karnataka-572221

Same as above



pre op 1465  
post op Kempajaviah

OCCUPATION : व्यवसाय : unemployed  
MARRIED (अविवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) : 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	Kempanna	81	F	Wife
2	Venkataramaiah	49	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) : सबूत के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) : आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) : उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof : अन्य कोई सबूत
---	--	--	---------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached : अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis : RE - cataract LF - cataract
2	Surgery : LE - cataract + P101

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	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन द्वाारा कर्ता:

- 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 कर्ता हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ कर्ता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।  
 3) मैं यहाँ कर्ता हूँ कि मैंने आगे के समय में भी किसी भी प्रकार के प्रतिफल, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा कर्ता):**

- 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/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.
  - 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रपत्र में दीया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, प्रायश्चित्त द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण जो इसका अंश पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वाारा 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:

- 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँके/यहाँ की "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 प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पहर उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वाारा 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 दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और अपने खर्चे को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  4/11/22	 <b>Dr. Lakshmi Dorenavar</b> (Name of Dr. who is Signatory) Consultant - O.P.S., RICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name of Signatory) (A unit of Koshika Foundation Trust) # 16/M, Thane West, Maharashtra
---	--	---

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