

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : B/1123/1466

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 8/11/23

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Vasooamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/पति का नाम w/o Venkat Swamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तव्य आवासीय पता  
H. No. 69 H.V. Halli Ahasikatta.  
Ahasikere Taluk Hasyandistrict Karnataka  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



pre op post op  
1466 Vasooamma

OCCUPATION :  
व्यवसाय coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय 25000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं 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 लगाएं)

Yes / No  
हां / 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
/				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम कार्ड का नोच 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 checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रिशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये कितनी का 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 RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता रक्कम
①	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुरोध साथ सच सही है। यदि कोई विवरण सच कमन असच सच बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समकाल विस्तार किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/बीएम कॉम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों' द्वारा, साकल/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ज्ञापनी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तक्षर 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.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से साक्षर/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत सांशिक/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षर द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तक्षर में रोगी के इलाज चुनना और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/11/23</p>	<p><i>Laxmi</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant in Rhinology &amp; Otolaryngology KMC No. 90244</p>	<p><i>Lakshmi</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A Unit of Shri Chhatrapati Sahu Memorial Hospital) # 16/M, Thimmaiah Road, KMC Bed Area रोग व पर हस्तक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safaryal</i></p>	<p><i>Lakshmi</i></p>