

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/1122/1476** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **4/6/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Puttarangiah** AGE-YEARS उम्र-वर्ष : **70** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रिय का नाम : **S b Late Dasaiiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासस्थान पता : **Hanalahalli, Mayasandra Hobli, Tumkur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता : **Taluk, Dodda Malligere post Tumkur Karnataka**

Same as above



Pre OP  
1476-  
Post OP  
puttarangiah

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण 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 कर चिह्न 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	Rangamma	66	F	wife
2	Rangaswamy	36	M	son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) : एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) : आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) : उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof : अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES : इस उद्देश्य से 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 : जो यह सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

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

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दिये हैं, उस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी भूमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासीयों, दान, वापस/या दूसरे स्रोतों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर बताने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्णतः सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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:

- 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 यहाँ/यहाँ पर "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 सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेते।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  7/11/22	 <b>Dr. Laxmi Dorennayar</b> (M.D., D.C., D.O., D.V.S., D.C.O.) Consultant - Plastic & Refractive KNCV No. 9024	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Notarisation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shreech on behalf of Hospital) # 16/M, Thimmasa
---	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (न्यासीय हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (न्यासीय हस्ताक्षर 2)
	