

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/122/1477** APPLICATION DATE : **24/11/22**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **M. T Mudalagiri Gowda** AGE-YEARS उम्र-वर्ष **70** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **S/o Chikkasavalaiah**



pre OP post OP  
1477 M.T Mudalagiri Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**Yadiyuru hobli, Kungal Tq, Manavalli,  
Kappa post Tumkur, Karnataka - 572112**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**Same as Above**

OCCUPATION : व्यवसाय **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय  
(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : आय का संचय 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  
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 विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) राश्री रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 साक्ष्य <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को 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 ही गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा करना:**

- 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.
  - 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.
  - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा प्राप्त करना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक तौर पर "कॉशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, इस तौर पर कोई भी सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कम्पनी से न लेता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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.
  - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को प्रकट करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकट करें, उन्हें "कॉशिका" द्वारा नाम, पता, तस्वीर एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस बात का विचार में हूँ कि मेरे नाम या तस्वीर के बिना मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को किसी भी सहायता के उद्देश्य से प्रकट करने हेतु सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिये अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का 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:

- 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हमारा/हमारे को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किन्हीं और सहायता स्रोतों से किन्हीं अन्य स्रोतों से उठा लेने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रकृतिकता प्राप्त की सहायता में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/सकल हेतु मांगी जाती है तो हमारा किन्हीं अन्य और सहायता स्रोतों से किन्हीं अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तस्वीर में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा प्रदत्त हेतु किन्हीं और सहायता स्रोतों से किन्हीं अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
- "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृतिकता की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सभी प्रकार के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सही सिफारिशों लेनी एवं हस्पताल को छोड़ने और "कॉशिका" को कोई प्रतिकार या सिफारिशों इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>4/11/22</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco &amp; Refractive EMC No. 63244</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Prasad</i> Mr. Lakshmi Prasad Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree M. K. J. Hospital, Badli # 16M, Thimra)</p>
---	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीयों द्वारा</p> <p><i>Safarpur</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीयों द्वारा</p> <p><i>...</i></p>
---	--