

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : N/1122/1483  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Chikkanarasimiah  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 85  
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/O Chikkanarasimiah  
पिता/पत्नी का नाम



preop postop  
1483 Chikka narasi met.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Thiruvana Halli, Tumbagere (H)  
Reddaballapeta (T) Bangalore Rural

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
Same as Above

OCCUPATION : coolie  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,600  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. :  
पैन 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 से संबंध
1)	Venkatamma	55	F	wife
2)	Ganga. Bathamma	17	F	Daughter

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

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएलएन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"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 प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1)	Daughter RE cataract LE cataract
2)	Surgery LP cataract + BCPOL

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	2,000/-

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

- 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 फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 फ़ॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, चरित्र/चक्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी प्रचार/प्रचारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से इस्तेमाल करने को लिए अधिकृत है। मेरी फ़ॉर्म का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम उपयोग न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ने से मतलब/होती है "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु 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 सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या लगे रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिश्रुति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस फ़ॉर्म में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल प्रेषित करे प्राप्त होगी/प्राप्त होने किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही गैर सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीम का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसी को इच्छा प्रकृत और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/22</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS MS FRCS (OPHTH) Consultant - Cataract &amp; Refractive</p>	<p>Mr. Lakshminipathi N Manager Ophthalmology Institute for Diseases &amp; Eye Care (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, Thimmasandra, Bengaluru नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p>
---	---