

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/1122/1486  
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 8/11/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Avalamma  
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70  
SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ह का नाम: w/o Gullappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: mula bagile Taluk Mangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Avani Kolat  
Same as above



proof postop  
1486 Avalamma

OCCUPATION / व्यवसाय: coolie  
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 10,000 /-  
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या:   
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाये): 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
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				
<del> </del>				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)* गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती 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 LE cataract + PCIOL
<del> </del>	
<del> </del>	
<del> </del>	
<del> </del>	
<del> </del>	
<del> </del>	
<del> </del>	

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी
	D BCS	2000/-
<del> </del>		
<del> </del>		
<del> </del>		

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

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण-पेटे जानकारी को अत्युत्तम रूप एवं सही है। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य रूप में या तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस मदद का कौनसा भी सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, पत्र, पत्रिका-युक्त दूरदर्शन से जुड़ी विज्ञापन और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निशान मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पेटे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साकारता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त कौनसा/सफल हेतु अत्युत्तम रूप में किया जाता है तो हमसाल किसी अन्य या साकारता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसाल विशेष मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी साकारता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद/सहायता प्रदान की जाती है, उसे पर हमसाल द्वारा ही नहीं प्रदान या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमसाल में रोगी के इलाज शुरू और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमसाल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/11/22</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) MBBS, MS, FRCS, FRCO Consultant - Phaco &amp; Refractive</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N.</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, Durgam Chaudhary, Sec 13, Hyderabad</p>
--	---	---

FORM No. 13024 KOSHIKA FOUNDATION अनारिक्त उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--