

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1487 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 8/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Subramani AGE-YEARS आयु-वर्ष 45 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम S/o K Narayanaappa



picop postop  
1487 subramani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Palligara pdiya mulubagal mulubagal

Kolar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
Same as above

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 11,000 (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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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)	Gopi	22	M	Son
2)	Muruli	12	M	Son
3)	B Gauthami	15	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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
---	---	---	--

**"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 + PCICL

**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
1)	RBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वां शेषक पड)**

- 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 शेषक करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरास की जा सकती है।
  - 2) मैं शेषक करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
  - 3) मैं यही शेषक करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो पूर्णतः ही और न ही भविष्य में मदद।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वां शेषक)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से दुसरे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उपाय साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से शामिल है मुझे स्वतः सहायक का इंतजाम नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बु उपाय न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वां शेषक)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को जो मेरे न्यायी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, मैंने इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार की है।

- 1) मैं शेषक करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी अन्य स्रोत से उपाय हेतु/रोगी के लिए या से रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उपाय के साधन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक विधायी अधिकृत/स्वीकार्य हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उपाय हेतु/रोगी के लिए सहायक सहायक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या विधि से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  08/11/22	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS MS FRCS (C) Consultant in Plastic & Refractive KMC No. 80744	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Koshika Foundation & Eye Care Trust) # 16/M, Tejapada, Koshika Foundation, Tank Bed Area
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION      अन्दरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2