

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1501  
आवेदन संख्या :  
APPLICATION DATE : 9/11/2022  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Munivenkatappa  
आवेदक का नाम  
AGE-YEARS : 60  
SEX : F

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kumbalhalli Bangalore Rural Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

pooap postap  
1501 Munivenkatappa

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

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

PAN No. :  
आवेदक का पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्नित करें)  
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 विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनति 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 + P.TOL

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 ली गई सहायता राशी
1)	P.BCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करना।

- 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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु या प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धेयक/बीमा कम्पनी 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 प्राण या आवेदक इसका या अंतर्गत की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्बन्ध को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यायियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह 'न्यायियों', राज, चरम/पर दूरले उद्देश्य से चुटी गीत/विषयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। सं-इसका का विवरण में-इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'न्यायियों' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है चुटी सवा: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह 'न्यायियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक या आवेदक के बायाँ हाथ का निशान

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

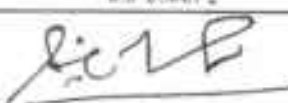
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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, इसका/की को और वे 'न्यायियों/टी' को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकरण से सत्य व स्वीकारा करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमें/हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषयिता उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विषयिता अधिकृत/सफल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो हम/हमारे किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जात है कि हम/हमारे द्वितीय मरद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/लेना/ली।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय इच्छति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सत्य या विवेक एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। उपलब्ध हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य कानों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/11/22	 <b>Dr. Lakshmi Dorennavar</b> (Name of Dr. & Regn. No. with stamp) MBBS, MCh, FRCS, FICO Consultant - Paed & Refractive	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Hospital) # I AM, This is my official stamp
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इत्यादि। 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इत्यादि 2 
--	--