

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1514 APPLICATION DATE : 11/11/22  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Marinanjegowda AGE-YEARS 65 SEX M  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Karigowda  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kaligowdana halli, Gundlupete taluk  
 वर्तमान निवास पता

Chamarajanagar, Karnataka  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- Same as above -

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विलीन) / UNMARRIED (अविलीन)  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 आय कर संख्या है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं



Pre OP Post OP  
 1514 Marinanjegowda

**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 संबंध
1)	Shivamma	55	F	wife

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विनियम 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 + PCHOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1)	DBCS	2000/-

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बयान अथवा सच्यता का नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में सच्यता है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या प्रत्येक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं 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/post-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 अंगुठी का निशान, मैं ( आवेदक ) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सच्यता से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का निशान मेरे प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं ( आवेदक ) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सच्यता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/उपरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमसे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर पर उस सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही सही प्रत्येक या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही किये/उपरी राशी एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/22</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. With Stamp) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive RMC No. 50244</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi Patil N</b> Manager Outreach Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A Unit of Shree Chhatrapati Eye Care Hospital) # 16/M, Thimmalah Road, MIDC, Kurla West Area कोयंबटूर, महाराष्ट्र</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>