

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0924/1556** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **20/09/24**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Siddamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष **65** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्याका नाम **W/o Bethegowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**H.N. 48 B G pura Hobali chelleshalli**  
**Malavalli Taluk mandya District Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



**Postop prep**  
**1556 Siddamma**

OCCUPATION : व्यवसाय **Home Maker**  MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **20,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्र हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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                   | Siddaraju CB                                   | 34                      | M           | son  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| ①                   | Diagnosis RE cataract<br>w cataract  |
| ②                   | Surgery SICS w cataract + p.c.i.c  |
|                     |  |
|                     |  |

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<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौी गई सहायता राशि |
|---------------------|---|--|
| ①                   | DIGS                                      | 2000/-   |
|                     |   |  |
|                     |   |  |

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

- 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.
  - 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.
  - 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरी सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कभी भी या भविष्य में पूर्णतः, इस राशि का आंशिक या सफल विन्यास किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही खर्च में लूंगा।

**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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्रव्य न्यायी, दान, वाचना/च दान उद्देश्य से तुरंत गतिविधियों और वितरणों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी 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 पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्रव्य न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विन्य प्रश्न से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुपिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/9/24</p> | <p>Dr. Laxmi Dorenavar<br/>MBBS, MS, FPRS, FICO<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डा. लक्ष्मी डोरनावर, एम.बी.बी.एस., एम.एस., एफ.पी.एस., एफ.आई.सी.</p> | <p>Mr. Lakshmi pathi N<br/>Manager Outreach<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>(A unit of Shree Siddhanta Hospital...)<br/># 16/M, Thimm...</p> |
|---|--|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**      अनन्तरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--|--|