

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1634 APPLICATION DATE : 17/11/22  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Kenchappa AGE-YEARS जन्म-वर्ष : 65 SEX लिंग : M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : slo Guvalachennashetty  
पिता/हस्तुका का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Kotagondarahalli, Ramanagan district  
Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
Same as above



Preop Postop  
1634 Guvalachennashetty

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 29,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
या आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाए) 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 संबंध

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विधियों 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 + PIOL

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 ही गई सहायता राशी
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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्रक निगरानी को खारिजी है।
- 2) मैं इस घोषणा पर "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस महापत्रक हेतु इस प्रपत्रक को नहीं है, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में करूँगा।

**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, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेल्ड, प्रिन्ट, पब्लिशिंग द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग केवल इस उद्देश्य के लिये करने का मत है अन्यथा मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्रक के अंतर्गत से प्रेषित है पूर्णतः महापत्रक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेल्ड उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थ/उपरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/असहमत हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त सहायता हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीम का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सही विमोहनी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का सत्र

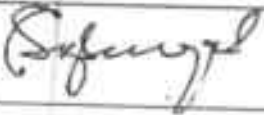
17/11/22

*Dr. Laxmi Dorennavar*  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
MBBS, MS, FRCS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive

*Mr. Lakshmi Pathi N*  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
# 16M, Thimmathi Road, Malviya Nagar, Jaipur

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

