

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : N/1122/1638 APPLICATION DATE : 17/11/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : puttamadanoyake AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : Slo madyanak

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Gathgunda, Kanakapura, Ramenagar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Same as above



preop postop  
1638 puttamadanoyake

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 88,000/- (Attach Proof of Income) (आय का सत्य संकेत)

PAN No. : आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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	Ganish Naik	84	M	SON
2	Sivi Bai	57	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) साहाय्य के लिये विवृति अक्षर

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: साहाय्य हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	Prescription
1	Diagnosis	RE - cataract L/E - cataract
2	Slogony	L/E - cataract + PIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य 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 साहाय्य राशी
1	DBCS	2000/-

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

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, उस राशि का व्यतिक्रम या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले 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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान कर, मैं (आवेदक) अपनी सार्थकता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका" दायित्व, धन, सम्पत्ति/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इरादों के पालने या बदलने से पहले भी "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायोपक्षित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रचारित है जुड़े उक्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दायित्व उसके न्यायोपक्षों 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.
- इसकी अधिकृत, हस्ताक्षर की जाय या मान्य/पैरामी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्थकता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से लेने या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाय तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत या सार्थकता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हमस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सार्थकता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने का सहायता या निम्ने गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17/11/22</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name of Surgeon) Consultant in Ophthalmology &amp; Refractive</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr. Lakshminpathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A Unit of Hospital))</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--