

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/1122/1682

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 22/11/22

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Ramappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Sri chikka gopalappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Chalaganahalli, Malur Taluk, Kolar district  
Karnataka. 563139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
Same as above



preop postop  
1682 Ramappa

OCCUPATION: व्यवसाय: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):  
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	Nirmala	28	F	Wife
2	Gowtham	12	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विनती आधार

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती 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 + Prol

**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 लगी गई सहायता राशि
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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग पत्र माता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस मदद का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिये प्रयोग किए जा सकते हैं, जैसे कि मेरी "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के बारे में जानकारी को आम जनता को बताने के लिए। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के उद्देश्य से प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायीयों के अधिकार होंगे।

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

आवेदक की 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे अंगुठी 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अभाव में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल को सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही किया जायेगा, जो इस फॉर्म में मांग किया है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  22/11/22	 <b>Dr. Laxmi Dorenavar</b> MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant, Plastic & Refractive KMC No. 90244	 <b>Mr. Lakshminipathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) KMC No. 90244
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
