

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1222/1839  
APPLICATION DATE : 20/12/22 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Lakshamma  
AGE-YEARS आयु-वर्ष 58  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम w/o Puttaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता #35, Gubbalala Main road, Bhuvaneshwari

Nagari, Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above



Pre Op Post Op  
1839 Lakshamma

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker  
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय  
(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही को निशान लगाएं): Yes / No हा / 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
1	Puttaswamy	56	M	Husband
2	Royle	57	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विमती 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 + PCIO

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED लगे गई सहायता राशि
1	DBS	2000/-

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

- 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 सच और सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु, यह उद्देश्य को नहीं है, इस मदद का आंशिक या सफल किन्हीं अन्य स्रोत/रोजगार/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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', द्वारा, कचरे/चुपे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपलब्ध को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकट है उसे केवल: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक से 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.

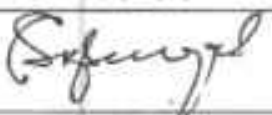
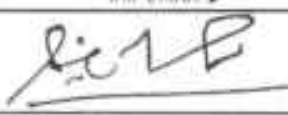
इससे अधिकृत, हमसदारी को जहाँ से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किन्हीं उक्त से सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं स्थिति/प्रकार हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमसदारी किन्हीं अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकृत में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसदारी इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमसदारी द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसदारी के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमसदारी में रोगी के इच्छित सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमसदारी की होंगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  20/12/22	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name of the Authorised Signatory) Consultant - Plastic & Refractive	 <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Koshika Foundation Hospital) Trust) - 168A, Thiruvananthapuram, Kerala, India
--	---	---

FOR KOSHIKA FOUNDATION (कोशिका फाउन्डेशन के लिए)

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