

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

N/1222/1846

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

20/12/22

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Nagaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष

42

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Kempayya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NO 32, Vaishnavi Layout Uttarahalli

Bangalore - Karnataka - 560061

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :  
व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

29,000/-

(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 मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | Nagamma                                           | 33                         | F              | Wife                                      |
| 2.                     | Namitha                                           | 14                         | F              | Daughter                                  |
| 3.                     | Navman                                            |                            |                |                                           |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RE - Cataract<br>LE - Cataract                                                  |
| 2                      | Surgery<br>LE - Cataract + PCICL                                                             |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | BCSS                                      | 2000/-                                                  |



Pre OP  
1346 Nagaraju

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा करे।

- 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी हो रही है, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पूरा किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो भी स्रोत है और न ही भविष्य में स्रोत।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक स्वयंसेवा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इलाज के बारे में बताये जा रहे हैं वे मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

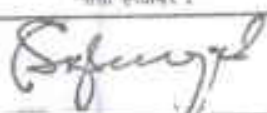
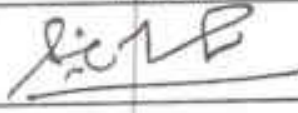
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा है, जहाँ तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त सहायता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अप्रतिष्ठा हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः प्रत्येक मामले में सहायता हेतु सिफारिश करता है कि किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन निर्णय प्रदान करेगा। ऐसे में हस्पताल द्वारा भी कोई सहायता या किराने दान उपचार/उपचार का सुझाव देगी एवं हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और उपचार के सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन का तिथि</p> <p>20/12/22</p>                                                                                     | <p></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br/>(Name of the Surgeon/Physician)<br/><b>Consultant, Throat &amp; Refractive</b></p> | <p></p> <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b><br/>Manager Outreach<br/>Institute for Diabetes &amp; Eye Care<br/>(A Unit of Shree Sai Eye Hospital)<br/># 16/1A, Thompson Road, Madhav Nagar Bed Area<br/>गंगा नदी पर हस्पताल में स्वीकृत अधिकारी</p> |
| <p><b>KOSHKA FOUNDATION</b>  <b>आन्तरिक उपयोग हेतु</b></p> |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p>                                                                                   | <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p></p>                                                    | <p></p>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |