

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

1/0123/2020

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sakamma

AGE-YEARS वय-वर्ष  
88

SEX लिंग  
F

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

W/o Shivananigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सर्वसमन आवासीय ठाकुर

Mavinkere At post, Dabbeghatte Hobli,  
Tumkur Taluk, Tumkur, Karnataka - 572221

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय ठाकुर

Same as above

OCCUPATION:  
अवश्यक

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कूल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

PAN No. स्थाई नाम संख्या

DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
जब्ता आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर जटी का निशान लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** समिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member समिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Shivananigowda	90	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप इसी संलग्न करें)	अन्य अय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	उपर्योग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप इसी संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान में जारी की गई औषधिएँ यूकी संलग्न		
1	<i>Diagnosis</i>		
	<i>RF - Cataract</i>		
	<i>LF - Cataract</i>		
2	<i>Surgery</i>		
	<i>RF - Cataract + PCOL</i>		

**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 जो गई सहायता राशि



Prep Postop  
2020 Sakamma

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा संकेत यह:

- 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 आवेदक काला हूँ कि इस प्राप्ति में विवरण में जनलोगी के मुद्राकार सब एवं यही है: यदि कोई विवरण ऐसे कथन अपार्थ यात्रा है तो मेरी सहायता विवरण की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यही "कोशिका चाहार्डेंस", से जीत यही है, उसका उपयोग यही उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पुरिं जाता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की नहीं है, उस यात्रा का अधिक यह सहायता विवरण की जन और नियोजित बीमा कलमी से न हो जिता है वही न हो परिणाम में भी।

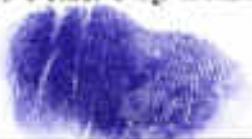
**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा जागा)**

- 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 fulfilment 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) यह प्राप्ति यह जनलोगी द्वारा जारी करायी जाती है एवं "कोशिका चाहार्डेंस" और उसके जारीयों को अधिकृत करता हूँ कि यह यात्रा, प्राप्ति, और यह विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" द्वारा, जन, चाहार्डेंस द्वारा उद्देश्य से युक्ती विवरणों और उत्तराधिकारों के लिए किये गये प्राप्ति यात्रा ये उत्तराधिकारों के लिए अधिकृत है। ये इतर का विवरण योग्य इतराधिकारों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका चाहार्डेंस" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस यात्रा से यहायता हूँ कि यह यात्रा, प्राप्ति और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्त है युक्त स्तर: सहायता का उक्तायत यही बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकारी का विवरण अधिकृत और सहायतार्थी होता।

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

आवेदक के उत्तराधिकारी का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्ता द्वारा जागा)**

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 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.

इनकी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यात्रार्थी को "कोशिका चाहार्डेंस" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (इस्पत्ता) विवरण में यात्रा व स्थीकार करता है।

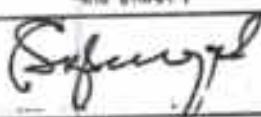
- 1) यह कि न हो यात्रार्थी और न हो भविष्य में विविध सहायता विवरण ग्राहक या विवरण जन खोली या स्थीकार संस्थान से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका चाहार्डेंस" से विवरण विवरण द्वारा जो सम्बन्ध में "कोशिका चाहार्डेंस" द्वारा यात्रा का विवरण द्वारा जारी किया गया है तो यस्ता विवरण विवरण ग्राहक या विवरण जन खोली या स्थीकार संस्थान से सहायता सेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं यात्रा करता है कि यस्ता विवरण ग्राहक या विवरण ग्राहक या विवरण जन खोली या स्थीकार संस्थान से नहीं लेंगे/होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृती को लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकृती की तारीख 06/01/23	<p>Dr. Laxmi Dorennavar (Name &amp; Designation) MD(EYE), MSc(OPTO), FRCO Consultant Ophthalmologist &amp; Refractive Surgeon</p>	<p>Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri on behalf of Hospital)) Mr. Thimmappa नाम: श्री हास्पत्ता अधिकृत अधिकारी: टिमपा</p>
FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
जारी इस्पत्ता ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
जारी इस्पत्ता 2

