

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No.: 13/1005/2002 APPLICATION DATE: 17/10/05  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bommygouda AGE-YEARS 83 SEX M  
 आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bommygouda  
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Achalu, Kanakapura, Hanamangara, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Pre OP - Post OP 2002 - Bommygouda

OCCUPATION: Unemployed  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता 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	Nagamma	64	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	-------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE - Cataract, LE - Cataract
2	Surgery: LE - Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से विद्यमान है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि

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

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सटीक जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायक निधि को खंडनी है।  
 2) मैं इस को सहायक निधि "कोशिका फाउंडेशन", से ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिक्ट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

- 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/print-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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एम. एम. एम. एम. द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तियत और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायक के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रबंधन में "कोशिका" एम्प्लॉयी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कता)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रश्न से भाव्य न सहमत करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी और सहायक से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक सिफारिश अधिकतम/अधिकतम हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हमसलाह किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायक लेने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसलाह द्वितीय पर प्रश्न लेगी/प्राप्त हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायक केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इस्तेमाल प्रश्न ही नहीं सहायक या बिना गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/10/25	 Dr. PNEETHI B.K. M.R.B. 11150 FPOS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर क्र. सं. 11150	 DR. LAKSHMI PATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>