

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. : 131025 / 2003 APPLICATION DATE : 17/10/20

NAME of APPLICANT : Manigoblaah AGE-YEARS 65 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Dargaudla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Achalu, Hanakapara, Hanavangar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : [Blank]

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 18000 (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No



PrOP-PostOP 2003- Manigoblaah

**FAMILY DETAILS**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किसे गुण मिलती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE - CATARACT

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि की यह सहायता भी खारिज/रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक निधि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु पर प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का आर्थिक या प्रकृत विपदा किसी 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या जहाँ इच्छा या जहाँ भी आप लखनऊ, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, वास्तविक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है; मेरे द्वारा का निराकरण मेरे इच्छा के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न गारंटी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सत्य; सहायक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायक निधि को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकृत से नाम न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विच्छेदित/असंभव है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक निधि द्वारा सहायता हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा दी गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरी के इच्छा/पुच्छा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी उपरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

*(Handwritten Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
17/10/25

Dr. PREETHI B.K.  
MBBS, DGO, FPOS  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नं. उ.प. नं.

Mr. LAKSHMIPATHI N  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु  
(Koshika Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1  
*(Handwritten Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2  
*(Handwritten Signature)*