

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N 1012312203** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **24/1/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Umaisha** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **42** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : **S/o Ramaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **No 106, 7th Main Road 7th Cross Chuvanthra Nagar Bangalore North Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : **Same as above**



**Preop postop 8203 Umaisha**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Cooler** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **28,000/-** (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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / नहीं :  No

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	Kumudha	35	F	wife

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/प्रातिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis <b>RE Cataract LE Cataract</b>
2	Surgery <b>LE Cataract + P.I.O</b>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वही गई सहायता राशि
1	DRCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा करत;

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी मदद मिलने का अधिकार या कर्मचारी/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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 अपने हस्ताक्षर या बायाँ की दायाँ अंगुली के मुद्रित करत हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, चार, पाच/पाच दूरले उद्देश्य से मुझे संचारितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये उद्देश्य का निष्पत्ति मेरे हितों के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता या उपकरण नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यायीयों या निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की दायाँ अंगुली का निशान



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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मदद न उपेक्षित करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थिक/वित्तीय हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं उपेक्षित करेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता के लिये सिफारिश प्रस्तुत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किन्तु अन्य उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी से सहायता प्राप्त और अन्य करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी मुद्रित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24.1.23	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (MBBS, MS, FRCS, FICO) <b>Consultant in Plastic &amp; Refractive</b>	 <b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shree on behalf of Hospital)) # 16/M, Thimra
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तखार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तखार 2
	