

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N 1012312206 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 24/1/23

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Arnygam AGE-YEARS आयु-वर्ष 55 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम S/o Krishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HEC-121 2nd Cross Kalappa Block

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Ramachandrapuram Mangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above



Preop postop 2206 Arnygam

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय कर आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) सीपीडी कार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 प्रतिकेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + PCIA

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 लिया गया सहायता राशि
1)	DUGS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

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/termination.

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 यहाँ 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) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/publish/produce 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, ध्वज, वाचकता द्वारा इत्यादि से कुछेक माध्यमों और इत्यादि माध्यमों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित ई मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपकी ओर से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उभार के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय माध्यम/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उभार होगी/करने हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/करने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर-उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देगी एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उभार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे में इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही जिम्मेदारी देगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

*[Signature]*

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Lakshmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FRCS, FICo Consultant</p>	<p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory (A unit of Hospital)) # 15/M, Thimra</p>
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE BY KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक इलाज 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>