

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0124/2248  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE 24/1/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Marigowda  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 80  
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Slo Boregowda  
पिता/पत्नी का नाम



proof postop  
2248 Marigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता

5 Bagivalu, Koppalu, Hassan  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION : Unemployed  
व्यवसाय

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय  
(Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / 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

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना 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 डॉलिवर सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + p... LE - Cataract + p...

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

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

- 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.
  - 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.
  - 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द होती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मुझे प्राप्त होगी, केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्राप्त होगी, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में न तो वर्तमान या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम की मांग की है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एल्यूमीनेशन, दान, वाचनात्मक दूरभाष उद्देश्य से मुझे सहायता प्रदान करने के लिए प्रेरित करें और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी प्रदान कर सकें। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एल्यूमीनेशन के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का छाप



**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:

- 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकृत में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इलाज का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज का चयन और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

*Lakshmi*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/12/24</p>	<p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant &amp; Head of Paediatric KMC No. 90244</p>	<p><b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of State Government Hospital, Bed Area # 16/M, The ...)</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>