

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



Proof Postop  
2301 Nagamma

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0124/2301 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 26/1/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Nagamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : W/o Kenggowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Juttanahalli, Kalludivanahalli,

Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : - MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

PAN No. : सभी खाते संख्या : - (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  हाँ /  नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1)	<u>Kumara</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
2)	<u>Chandamma</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>son's daughter in law</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) : सर्वो को रखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) : आय आय वर्ग 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 किराी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	<u>Diagnosis</u> <u>RF- cataract</u> <u>LE. cataract</u>
2)	<u>surgery</u> <u>LE - cataract + P.I.O</u>

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 : ली गई सहायता राशी
1	<u>DBs</u>	<u>2000</u>

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

- 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/employers/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 झूठा वारं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही सहायता लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एफएम, न्यूज, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम उपाय न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 मान्य/पंजी की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करता है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में से जो या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता प्रदान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करार है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले पाएंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या विचारों पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
26/1/24

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
KMC No. 90244

**Mr. Lakshminipathi N**  
Manager Outreach  
Institute for IT, Vision & Eye Care  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
on behalf of Hospital)  
# 18/M, Thimmaiah Nagar, Thimmaiah Nagar  
गाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*(Signature)*