

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0124/2328** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **31/01/24**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Sarojamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **58** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : **w/o Raju**



preop 2328 Sarojamma postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Annur Gundlupete, Chamara Nagar, Karnataka**

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

OCCUPATION : व्यवसाय : **Home maker**

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **—** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : **MARRIED** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध

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

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

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

Medical Reports/Prescriptions Attached उपचारात्मक/दवाखुरा से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	RE - cataract	LI - cataract
<b>1</b>	<b>Diagnosis</b>	<b>RE - cataract</b>	<b>LI - cataract</b>
<b>2</b>	<b>Surgery</b>	<b>RE - Cataract + plus</b>	

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किताब जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना हेतु मैं भविष्य में कहीं भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ 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/print/produce/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य के लिये विभिन्न माध्यमों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मदद करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना के उद्देश्य से प्रकाशित है भूले भला: प्रार्थना का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक को "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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाने में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय चरण उम्मीद/पाने हेतु किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संकलन विधि प्रकृत की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/चिकित्सा का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी केंद्र द्वारा सुरक्षा और अपने अपने को सही निम्नोपरी ऐसी एवं हस्पताल को होवे और "कोशिका" की कोई पूर्णिक या निम्नोपरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

*[Signature]*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>31/01/24</b>	<p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive KMC No. 90244</p>	<p><i>[Signature]</i> Mr. Lakshminarayana N Manager - Amblyopia &amp; Eye Care (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, The... Tank Bed Area जहाँ से पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--