

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0323/2981

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/3/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Krishna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

s/o Shankaragowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Konande Koppa Hobali Besagarahalli

Haddur taluk Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Postop  
2981 Krishna

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं / (जो मान्य हो उसे पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध
1	Renuka	40	F	Wife

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखत से ज्ञाती की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Churgery RE Cataract + PC IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं 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

**DECLARATION by APPLICANT ( आवेदक द्वारा घोषणा करना )**

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य काल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विषय की जा सकती है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी, तो उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा किया गया है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अतिरिक्त या समतल विमता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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-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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
  - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है जुड़े स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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 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.
- 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.

- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साकारता संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सम्बन्ध में लेने या ले लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/समकाल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और साकारता संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/सम्बन्ध हेतु किसी और साकारता संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन में नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जा रहा है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही नहीं सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुगम और अपने करने की सही जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कर्तव्यता का जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/2/23</p>	<p><i>Dr. Neel</i></p> <p><b>Dr. Neel Dorennavar</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ Consultant - Phaco &amp; Refractive</p>	<p><i>Lakshmi</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Institute of Ophthalmology &amp; Eye Care (A Unit of Koshika Foundation Trusts.) * 12/12, International Road, Miller Tank Bed Area आन्तरिक उपयोग हेतु</p>
---	---	---

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