

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

N/0323/2982

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

24/3/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Muguraiah D.K

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

57

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/O Deshigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

# 70 N Kadiballe Madam taluk Mandya  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop  
2982 Muguraiah

OCCUPATION

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियमित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियमित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RT Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PCICL

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 ली गई सहायता राशि

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

- 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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बतलाने वाला पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना विफल हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर लेता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि किसी प्रार्थना हेतु यह राशि का भुगतान या सहायता किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में सुहा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में प्रवेश के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्यों में प्रेषित है, प्रकाशित हो सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित होने वाले विवरणों का उपयोग और प्रचारित किया जाएगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 for the same patient/case from any other 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ-दिए गए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेषता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रार्थना हेतु प्राप्त उचित सहायता हेतु किसी भी सहायता से या किसी अन्य स्रोत से नहीं मिलेगी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के उत्तम हित और अपने कर्तव्य को ध्यान में रखते हुए सहायता प्रदान की है और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि</p> <p>24/3/23</p>	<p><i>(Signature)</i> <b>Dr. Lakshmi Dorennavar</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>(Signature)</i> <b>Dr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Sri Aradhya Eye Centre, U.S.) # 1634, Thiruvananthapuram Road, Miller Tank Bed Area</p>
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------