

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0303/2990

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/3/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Murugamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

W/o Thimmarayappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Manchakal tekal Hathi Hatur taluk  
Kolar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Diop postop  
2990 Murugamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

U

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं सहायता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं ( जो लागू हो उस पर सही का विकल्प 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
1)	Thimmarayappa	65	M	Husband

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

सहायता के लिये विनति आधार

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता 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 विनति का उद्देश्य:

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

**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 लेई गई सहायता राशि

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

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाण को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या अधिकतम किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही 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/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 fulfilment 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/छाप प्रकाशित करने के लिए विचारित करेंगे और/या सहायता के लिए विचारित करेंगे। इस प्रकार मेरी छवि और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए किया जा सकता है।
  - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इस सहायता का उपयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार):**

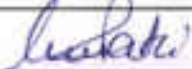
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:


- 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.

इसमें स्वीकृति, हमारी ओर से यन्त्र/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

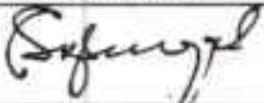
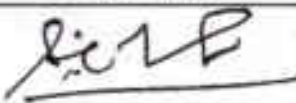
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विचारित अधिकतम/सम्पूर्ण हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself विचारित वित्तिय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया जा रहा है, रोगी या हमself द्वारा ही सहायता का निर्णय किया जा रहा है। हमself सहायता का निर्णय रोगी एवं हमself के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमself हमself में रोगी को सहायता प्रदान और देने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमself की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति



Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/3/23	 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp Dr. Jagdish Dorenavar M.D. (Ophthalmology) Consultant - Placido & Refractive KMC No. 50247	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Disabled & Deaf Cars (A Unit of Sreebha Eye Care Trust.) # 10/24, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर 1) 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2) 
--	---