

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0303/2992

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/3/23

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jayamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60

SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: L/O Krishnappa



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान/स्थायी पता  
Kudiyanooru Doddakallaballi Kudenoor  
Manthi Halur taluk Kolar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी/स्थायी पता  
Same as above

Preop Postop  
2992 Jayamma

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: —

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या: —

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 / हाँ / No / 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 |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |
|                       |  |                           |               |  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अनुर

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेट्टर के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये चिकित्सी का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| <u>1)</u>             | <u>Diagnosis</u> <u>RE Cataract</u><br><u>LE Cataract</u>                                   |
| <u>2)</u>             | <u>Surgery</u> <u>RE Cataract + PCI/O2</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 |
|-----------------------|--|--|
|                       |  |  |
|                       |  |  |
|                       |  |  |
|                       |  |  |

**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/employer/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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो राशि मांगी है, उसे किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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-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 स्वीकृति की पुष्टि 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" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचनालय दूसरी उद्देश्य से दृष्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 जाये और मान्यकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये पा ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/नकार हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तिय प्रकृति की है। लगे या अस्पताल द्वारा ही नहीं कराया जा किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लगे एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए अस्पताल में लगे के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लगे एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

*[Signature]*

|  |  |   |
|--|--|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तिथि<br>24/3/23 | <p><i>[Signature]</i><br/>Dr. Jyoti Deshpande<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Mr. Lakshmi Pathi N<br/>Manager Outreach<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory)<br/>Institute for Diabetes &amp; Endocrinology<br/>(A unit of Shree Sarvodaya Charitable Trusts)<br/># 10/34, Thimmaraj Road, Mirzapur, Lucknow</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1<br><i>[Signature]</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2<br><i>[Signature]</i> |
|--|--|