

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/3015

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

1/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

w/o Kaishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kodihalli Road - Halashtammasa dode

Kanakapura Taluka, Ramnagara District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



pre op Post of  
3015 Lakshamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Making

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. यदि खाता संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 विनती आधार

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किन्से गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE PCIOL
②	surgery RE cataract + PCIOL

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

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्से अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि

**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 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी, इस मदद का जमावट या वापस लेना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न करेगा और न ही कसिब 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/post-up/republish 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 सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जिनमें "कोशिका" एवं न्यायीयों, दान, धारण/वापस लेना उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए शामिल हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इलाज के खर्च या मदद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत हैं।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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:
- 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 और से मान्य/रोगी 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रारंभ उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
**DIABETES & COLESTEROL**  
जल-शर्करा और कोलेस्ट्रॉल

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
11/12/20

**Dr. P. S. S. S. S. S.**  
M.B.B.S., D.O., F.R.C.S., F.R.C.P.  
Specialist Consultant and Fellow  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (A unit of Sri Siddha Eye Care Trust)  
आन्तरिक उपयोग हेतु  
**Vasanthanagar Bangalore-52**

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यायीय हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यायीय हस्ताक्षर 2