

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0126/3126

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/11/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Prabhu Swamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम S/o Nanjappa (L)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
#1122, Prayaga (H), Gundalpet (H), Channarayana, Maddur, Gundalpet, Channarayana - 571111  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Karnataka



Pre OP Post OP  
31 & 6 Prabhu Swamy

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

AN No. तयार संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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
①	<u>Renukama</u>	<u>66</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
<del> </del>				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्त आधार			
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवर्त का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<u>Diagnosis - RE cataract</u>
	<u>LE cataract</u>
②	<u>Surgery - RE cataract + PUPIL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्तु अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
①	<u>Govt</u>	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्राचार में किया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 is 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 न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एवं न्यायियों, दान, वाचनाय वगैरह उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया भी इसका प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के खर्च या चर्चा में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इन्कार नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायियों 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 कथन)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यत्न से 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/रोगी के लिये या लेने का कोई भी दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्राचार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और उपचार को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**  
(A unit of Shradha Eye Care Hospital)  
Bangalore-52

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
13/1/26

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. के साथ

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2