

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 3/0126/3182 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 30/1/20

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mukhijamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: no Naranaich  
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Annapras garden, Chamrajpet Bangalore  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

3182 - mukhijamma

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
<u>1</u>	<u>MANRAJ</u>	<u>35</u>	<u>m</u>	<u>son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाश आधार

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

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही वर्ष 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सत्य बात जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रत्येक को नहीं है, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/put-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 घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचनात्मक दस्तावेजों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पहले या बाद में कानून के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों 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 ओर से घोषणाकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से सत्य व अधिकृत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अधिकृत/अधिकृत हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसे और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता या किसे गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा। हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और सही होने का सही जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णतः या किसे/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगी।

*(Signature of Mr. Lakshmi Pathi)*

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager

**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**

Authorised Signatory  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
Vasanthanagar - Bangalore-52

**Dr. PRESTHI, B. K.**  
M.B.B.S. D.O. M.D. F.F.O.E.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
*20/1/20*

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*(Signature of Trustee 1)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*(Signature of Trustee 2)*