

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0225/3506**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **07/02/2025**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Channakeshvariah.**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **65** SEX लिंग **m**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम **Lakkanna Gowda.**



**PreOP PostOP**  
**3586 Channakeshvariah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**Malladennahalli Doddamallase Post Mysuru**

**Sankar Hobli Turuvekere Taluk Tumkur District Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय **coolie**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **21000/-**

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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 से संबंध
1	Vijayamma	56	F	Wife

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract - LE cataract
2	Surgery RE cataract + p.ciol

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DRG	2000/-

**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 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 सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
  - 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का कोशिका या सहायता हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने इच्छाशक्त एवं अंगठों को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके नरसीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में ब्योक्त है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, वाचना/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उत्पत्तियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छाशक्त एवं अंगठों से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रचारित है सुदृष्ट स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठों 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.
- यहाँ अधिकृत, इच्छाशक्ती की ओर से सांगत/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विन्य प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उका रोगी/रोगी के लिये माग ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्य प्रकार से सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विन्य प्रकार से सहायता नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय प्रकार से सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इच्छाशक्त द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छाशक्त और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach

(Name, Designation & Full Name of Authorised Signatory)  
(A unit of Shree Chhatrapati S. J. P. Hospital)  
# 16/M, Thimra, Area

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

07/12/2025

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS MS FPRS FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2