

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेनु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0424/0015	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	5/4/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	BORAMMA	AGE-YEARS वास्-वर्ष	83 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम	W/O BAIPERONDA	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बहुमत, जावसीय पता MANGKUDUPPE TALAKSHRE POST MAYASANDRA HDBL, TORUVKERE TALUK Kudaluka	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जावसीय पता	
OCCUPATION: अवलम्बन	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संतान)	PRE-OP POST-OP 0015 BORAMMA	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	-	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप का दाता हो (जो वाच्य हो उस पर सही का विश्वास लगाये)	Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार के बारे में				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
①	RANI KUMAR	52	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिये जिन्हीं अधिकारी				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू जीति संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म व्रात वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू जीति संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की लागू जीति संतान की)	Any Other Basis/Proof जन्म कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेनु किये गये जिन्हीं का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दाकिनी से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संतान			
①	DIAGNOSTS :- RE CATARACT LE CATARACT			
SURGICAL SURGERY :- LE CAT. + RC T.O.				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIED लों गई सहायता राशि		
①	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा पदः

- 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 संस्करण काला हूं कि इस प्रकार मेरे लिये गये सभी विवरण भी जन्मपत्र या यह तरह नहीं हैं; जीव जीवन एवं कालन अवधि या यह तरह हैं तो मेरी सहायता नियम को ज्ञान की है।
- 2) मेरी द्वारा जीव सहायता की "कोलीशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी है, उसका उपर्योग उपर्योग की तौर पर विवरण या यह प्रकार मेरे पास रहता है।
- 3) मैं युट जाकर हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्रयोग की जरूरत है, उम्र या जीवन की अवधि या यह विवरण अन्य संस्थानोंसे या यह कामकाजी से न तो लिया है और न ही खरीद में है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा काला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकार पर अपने इम्प्रिंट की ताप संरक्षक, मेरे (आवेदक) अवधी सहायता की युट जाकर हूं पर्यंत "कोलीशिका फाउंडेशन और उपर्योग जारीर्थ" की अधिकृत काला हूं कि मेरा चम, यात्रा, योग्यता और जीवन की विवरण इस प्रकार में खाली हैं, उपर्योग की तौर पर विवरण या यह उपर्योग से युक्ती परिवर्तित होती है तो उसका अधिकारी ने लिये लिये भी प्रस्तुत या यह प्रस्तुत करते हैं तो उपर्योग करता है।

2) मेरे (आवेदक) इस बात से सहमता हूं कि मेरा चम, यात्रा, योग्यता और विवरण जो कि सहायता के उपर्योग से प्राप्त है युक्त ज्ञाता; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोलीशिका" पर्यंत उपर्योग ज्ञाता की विवरण अवधि और यात्राकारी होगा।

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

आवेदक के हाथस्थान के अनुरूप का लिया



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा काला)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इन्हें अधिकृत, हस्पताल की ओर से आवाहन/होरी को "कोलीशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विफलता की जाती है, किसी हम (हस्पताल) द्वारा उपर्योग के बावजूद यह अधिकृत रहता है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी गैर याकारी संबद्धता या विद्युत अन्य रूप से उक्त एवं विवरण में लिये गये से तो नहीं है, जैसे कि हास्पताल "कोलीशिका फाउंडेशन" से विवरणित/विवरित हस्पताल के सम्बन्ध में "कोलीशिका फाउंडेशन" हुआ यात्रा हेतु किसी गैर याकारी संबद्धता हेतु यात्रा या यह विवरण की अन्य गैर याकारी संबद्धता या किसी अन्य सम्बद्धता से सहायता लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस युट में यात्रा जाता है कि आवायत द्वितीय यात्रा उक्त एवं विवरण से हेतु किसी गैर याकारी संबद्धता या यह विवरण से नहीं लिया जाता।

2. "कोलीशिका फाउंडेशन" से तीन गई सहायता बोर्ड विवरण युक्ति नहीं है। योगी पर इस्पत्नाल हुआ ही एवं सहायता या लिये गये उपचार/उपक्रिया का भूलक यांगी एवं इस्पत्नाल के बीच का विवर है और "कोलीशिका फाउंडेशन" हुआ किसी प्रकार का कोई रखने वाली है। इसीलिये इस्पत्नाल में लिये गये इसका सुधार और अन्य जारी सही विवरण द्वारा यह इस्पत्नाल की होती है और "कोलीशिका" को कोई यूक्ति या विवरणीय इस विवरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Koshika Foundation Trust.)

Ward No. 3, 3rd Floor, Koshika Foundation Hospital, Sector 10, Chandigarh - 160010, India

Date of Surgery अंगोदेश की तारीख  5/4/24	<b>Dr. Laxmi Duttavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Plastic & Reconstructive Surgery & Aesthetic Eye Care KMC No. 90244	Mr. Lakshmi Pathi Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Koshika Foundation Trust.) Ward No. 3, 3rd Floor, Koshika Foundation Hospital, Sector 10, Chandigarh - 160010, India
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हाताका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हाताका ।