

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुता का नाम		SEX लिंग			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता			
Cheerana halli, Grama post Kothathi, Hobli, mandya taluk, Karnataka		Same as above		Preop Postop 0034 Devamma	
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
I No. ☒ आय ☐ खाता 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 लगावे)					
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 विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1)	Diagnosis AE contract LE contract				
2)	Surgery AE cat + BCLAL				
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 ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਖੋਰਾਹਾ ਨਾ:**

- 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता उचित "कोशिका फाउन्डेशन", के लिये ज्ञात हूँ, इसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में माग गया है।
- 3) मैं यही प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्व या इसकी मदद से, कहीं और या अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी के पैसे से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach full text)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इरादों का अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी माँगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्टेडोल और उसके व्यापारी" को अधिभूत करता हूँ कि वेरा जल, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एलन मारो, दाम, वासनाका दूसरे उद्देश्य से जुड़ी परिस्थितियों और तथ्यस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माँगना से प्रभावित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पक्षों या बाद में करने के लिये "कोशिका कार्टेडोल" से मालूम अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा जल, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलन उसके व्यापारियों का निर्णय अधिभूत और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेष्टा को समझता या अंदरूनी जो निगल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर-रुग्ण काल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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.

हमारे अधिकांश हस्ताक्षरों की ओर से साक्षर/पढ़ी को "बोलिया साक्षरता" से विशेष सहयोग हेतु विषयगत भी जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व तो धर्मगत और व तो धर्मगत में विधिगत महत्त्व किन्ती और राजकारी संस्था व किन्ती अन्य जगह से जगह ऐसी-जगहों में लेने या ले खड़े हैं, जैसी कि हमने "कोशिका पाठशाला" से विधानसभा/विधान सभा को सम्बन्ध में "कोशिका पाठशाला" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठशाला" द्वारा सहायता मिली अतिरिक्त/सहायता हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अन्यथा किन्ती अन्य और राजकारी संस्था या किन्ती अन्य सहायता व सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मन्त्र जगह ऐसी-जगहों हेतु किन्ती और राजकारी संस्था या किन्ती अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाटनेशन" से ही-याँ सहायक कोशक विभिन्न प्रकृति की हैं। ऐसी या इसकाएत द्वारा ही याँ सहाय या बिने सवे उपचारप्रक्रिया या सुदृढ ऐसी एवं हमकाएत के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकब नहीं है। इसीसे हमकाएत में ऐसी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की साथे बिम्बेपरी ऐसी एवं हमकाएत की होती और "कोशिका" की कोई प्रविष्टि या बिम्बेपरी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अर्थात् अक्षरों के लिए संग्रहित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/4/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Lakshmi N. Manjappa
 Director
 Institute for Diabetes & Eye Care
 (A Unit of Shrinidhi Eye Care Trust.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनामिका/Annamalai Road, Miller Tank Bed Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(पक्षी कर्मा)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME TRUSTEE 2

01.12.2022