

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		B/0423/0064	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 09/04/23		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Chandramma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				60	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम		W/o Late Bairagoda			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता					
Bendeke, Benakanakone post					
Dabbeghatta Hobli, Tankee Tumkur District					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय	Home maker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सिलान)
PAN No. स्पष्ट खाली रखें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): - क्या आप आय कर छात्र हैं? (जो मान्य हो उस पर चक्रों 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 से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए दिनिधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये धिनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis LE-Cataract in Cataract				
2	Surgery LE-Cataract + P.I.D.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी	

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कथन असत्य पाया 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 उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता के लिए आवेदन नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

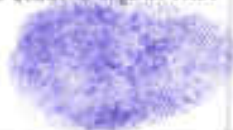
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित हों, जहाँ "कोशिका" शब्द मासिक, दूर, दूरदर्शन/चलचित्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से मुझे प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण पर हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों के लिए प्रसारित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" शब्द किसी भी मासिक, दूर, दूरदर्शन/चलचित्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 छाप

**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 जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए आवेदन नहीं कर रहे हैं, न ही भविष्य में करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए आवेदन किया है, जिसके लिए हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए आवेदन किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए आवेदन किया जाता है तो हम सहायता के लिए आवेदन करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता के लिए आवेदन करने का अधिकार केवल हमारे पास है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए आवेदन करने का अधिकार है। इसलिए हस्पताल में होने वाले सभी उपचारों और अन्य बातों को हमारे जिम्मेवारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/04/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Consent & Signature of effective

Mr. Lakshmi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shri Koshika Eye Care Trust.)
11/11, Thimmlah Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मुख्य हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मुख्य हस्ताक्षर 2