

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	Bl0424/0087	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 23/4/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Jayanna	AGE-YEARS आयु-वर्ष	40	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	W/o Siddappa	SEX लिंग	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान स्थानों पता H no. 53, Maragonihalli, Gudigondamalli, Post: Tumkur, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थानों पता		
OCCUPATION: पर्याप्ति	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	✓	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	✓	(Attach Proof of income) (आय का साक्ष चिन्हन)		
N No. स्टॉड नंबर संख्या	I - pre-OP 0087 post OP Jayann			
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आकर्षण कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये)		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 के साथ सम्बन्ध
①	Siddappa	40	M	Husband
②	Sumandamurthy	55	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्राप्ति पत्र (प्राप्ति पत्र की जाया चीज़ की लिंगन करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आप वर्ष प्राप्ति पत्र (प्राप्ति पत्र की जाया प्रति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्राप्ति पत्र की जाया प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्ति/इलाज से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
③	DIAGNOSIS : RG cataract LJ cataract Surgery - LF initial protocol			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता फिरी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED अन्य गई सहायता राशि		
④	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: नामेक द्वारा लिखक यह:

- 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 प्रोफेशनल करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण ये वास्तविकी के मुकुल रूप एवं भाव ही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठिन अवश्यक या बाहर की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जालाल गिरि "कोशिका फाउंडेशन", में लौटा जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में आया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस परिका का अधिकार या सकल विवरण की अपेक्षा छोड़नीयोग्यता बनवाई हो जाती है और न ही विवरण में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवंटक द्वारा करा)

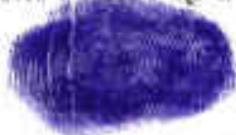
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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) यह प्रत्यक्ष या अपने हाथापात्र या अपेक्षा की जान लागत, मैं (आवंटक) अपनी व्यक्तिगत की पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीर्थ" की अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और वे विवरण इस प्राप्ति में दर्शित हैं, जो "कोशिका" एवं नामीर्थ, दान, यात्राओं की पूर्ण वार्ताएँ में जुड़ी विवरणों और उपलब्धियों के लिये कियी गयी व्यापक विवरण में प्रसारित करने के लिए। "कोशिका फाउंडेशन" वा जाती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंटक) इस जात में सहायता हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में डालिया है युक्त रूप से; यहांपात्र या इकाया चर्चा करता। इस प्राप्ति में "कोशिका" एवं उसके नामीर्थों का विवरण अंतिम और व्यापकता से होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवंटक के हाथापात्र या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करा)

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.

इसी अधिकृत, उत्तमता की जात में सहायता/दोस्रो की "कोशिका फाउंडेशन" में दिलिजित सहायता हेतु विवरणों को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से जानक रखते हैं।

- 1) यह कि न ही तर्हायां और न ही भवित्व में दिलिजित सहायता विवरण या विवरणी अन्य स्रोतों में उक्ता एवं उपलब्धताएँ में लिंग या तो यह है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में दिलिजित/विवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकार/सहायता हेतु यन्हीं नहीं किया जाता है तो अस्पताल विवरण अन्य गोपनीय संस्थाएँ या विवरणी अन्य संस्थाएँ में सहायता सेवने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पूर्ण में सम्बद्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त एवं/या उपरोक्तों हेतु विवरणी गोपनीय संस्थाएँ या विवरणी अन्य संस्थाएँ में नहीं लेनदेनेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में लौटा गई सहायता बीचल विविध प्रकृति की है; दोस्रो पर उत्तमता द्वारा दी गई सहायता या विवरण गोपनीय संस्थाएँ/प्रतिक्रिया या उपरोक्त योग्यता द्वारा दी गई सहायता या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोरदार रखना नहीं है। इसलिए अस्पताल में दोस्रो के इस्तेवा सुखा और अपने जाने की सही विमेंद्रिय दोस्रो एवं एक हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की जोई भूमिका या विवरणी इस व्यक्ति में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख
23/4/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. Bhagya Ms. Abhisheka
KMC No: 9024 का. १

Mr. Lakshminath N.
Manager Outreach
Institute for Disease Control & Research
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
16/M, Thimmaiah Road, Bengaluru - 560001
on behalf of Capital Health Services Pvt. Ltd.)
नम, नं. पर द्वारा दिलिजित सहायता की दी गई अस्पताल की संस्था

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीर्थ हस्पताल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीर्थ हस्पताल 2