

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देने आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: संख्या : blow2410090	APPLICATION DATE: संवेदन तिथि : 23/4/20		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम : Sulekhabi	AGE-YEARS वय-वर्ष : 56	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुर्य का नाम : W/o Hyder Sab			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वास्तविक पता : M-16, Sanjana House, Bonnalualli, Mysore, Karnataka.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता : LL	pre-OP post-OP 09A - Sublethal		
OCCUPATION: जबाबदारी : Housewife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जाप का साक्ष्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : /			
PAN No. स्थान क्राता संख्या : /			
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कार दाता हैं (जो मास्य हो उस पर मही का निशान लगाएँ): Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरियार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लोंगे प्रमाण पत्र (इसका पत्र की जाग पर्ति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका पत्र की जाग पर्ति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इसका पत्र की जाग पर्ति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता की किसे गये चिन्हों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से लाई जाई गई प्राक्तिक सूची संलग्न		
①	Diagnosis Re-cataract , RE cataract		
Emergency: RE cat + PCVOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य की 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 लो. गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: नवांदेश्वर द्वारा घोषित चाहे:

- 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 घोषित करता हूँ कि इस प्राक्टिक में लिखे गये मेरी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यह घोषित विवरण एवं कारबंग असत्य सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जानकारी यह है कि "कोशिका फाउंडेशन", जो लौट करती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जावेगा, जो इस प्राक्टिक में भए गए हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विष सहायता द्वारा यह घोषणा की गई है, उम् राहि का अधिकार या सफल विस्तार का बाब्द धोखानियोग्यता/दीया करनारी से न तो लिया है और न ही अधिकार में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (नवांदेश्वर द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राक्टिक पर अपने इस्तमात्मक या अधिकार की साथ लगाकर हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, वास्तव, छोटी और जीवनालय इस प्राक्टिक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, उपर, वापसीय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों वा उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्त वापसी से प्रसंगित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्राक्टिक का विवरण मेरे इस्तमात्मक के बातें जो बाब्द में बातें हो सकते हो वे लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (नवांदेश्वर) इस चाहे से सहायता हूँ कि मेरा नाम, वास्तव, छोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित हैं उसी सत्ता; सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अधिकार और वापसीयारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नवांदेश्वर के इस्तमात्मक द्वारा लगाए गए विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तमात्मक द्वारा कराया)

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 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.

इस्तमात्मक, इस्तमात्मक की ओर से न्यासीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हूँ लिखी गई जो जीवन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो न्यासीयों वा न ही अधिकार में घोषित सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी जन् रक्षक से उपर लेंगी/मानते होंगे जो तो हो है, वेंवे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित विवरण उपर के आवाहन "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकार/सकल द्वारा मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी भी न्यासीयों संस्था या विवरण जो आवाहन से सहायता लेने का अधिकार मंजूरिः देता है। इस पुष्टि में स्वरूप यह कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय वार्द उपर लेंगी/मानते होंगी कि सहायती संस्था या किसी भी न्यासीयों से नहीं लेंगी/मानती होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौट करता कोई विवरण प्रकृति की है। ऐसी यह इस्तमात्मक द्वारा यही नहीं समझता कि वे उपचारप्रक्रिया का चुनाव लेंगी एवं इस्तमात्मक ने भी यह का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखने नहीं है। इसलिये इस्तमात्मक में लौट लेना की साथी किसी भी उपचार सुझा और अपने जाने की साथी किसी भी उपचार सुझा नहीं होता और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी भी इस प्राक्टिक में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकार की तारीख <i>23/11/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. Pheno N. R. Sankar RMC No. 90246, 2	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetics & Endocrinology (Name, Designation & Department) # 16/M, Thimmalah Road, Mysore, 570002 नम्बर 16 मी, थिम्मलाह रोड, मायसूरु, 570002
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी द्वारा किया गया विवरण 1 <i>Safayyid</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी द्वारा किया गया विवरण 2 <i>Siraj</i>
---	--