

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	BLON 211011 3	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 30/4/24	 
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :	Shanthamma	AGE-YEARS वय-वर्ष : 56	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम :	10/ -yoga Siddaiah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासस्थान 2144, malavalli taluk krigavally nimbli dakkanagudlu Anegal mandya karnataka	
OCCUPATION : प्रवासन	coolie	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासस्थान पता Chaka PIN-OP post - op. 5113 Shanthamma	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :	8000/-	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
PAN No. स्थाई साक्ष संख्या			
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय का दाता हैं (जो मास्त ही उम्र पर सही का विश्वास लगायें)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	-yoga Siddaiah	61y	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध husband.			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साप्त प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्तर जाति की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साप्त प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तर जाति की प्रति संलग्न करें	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 अस्पताल/दौकान से बारे की गई चिकित्सन सूची संलग्न		
①	Diagnosis RE- cataract LC- cataract		
SURGERY :- RE cat - EPCJOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED लें गए सहायता राशि	
①	PB CS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा की जानकारी पर:

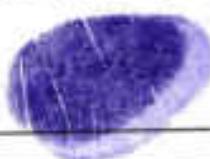
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 ये घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ने कोई जानकारी के उल्लंघन या गलत बताया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ आवाहन की जाएगी।
- 2) मैं इस जो सहायता ग्राही "कोशिका फाउंडेशन", में जी जो गयी है, उसका उपयोग उपरोक्त की पुस्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में चर्चा गयी है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवर सहायता हेतु वह उपयोग की गई है, उस दिन का अधिक या सकल हिस्सा किसी भी द्वारा द्वारा नियोजित व्यक्तियों द्वारा कर्मचारी से न जी लिया है वही न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्पिकेंट द्वारा की)

- 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 प्रकाश का उपयोग इसका या उपरोक्त की जाने लायका, मैं (अप्पिकेंट) अपनी सहायता की पुस्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीन" को अधिकृत करता हूं कि ये जाने, याचिनी और जी जो विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, याचिनी और दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपरांत सहायता करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकाश का विवरण ये इताब के बहात भी याद में रखाए जाएंगे कि यह "कोशिका फाउंडेशन" ने नहीं दर्शित है।
- 2) मैं (अप्पिकेंट) इस बात से बहात हूं कि मेरा जान, पता, पोस्टे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त सहायता का हकदार वही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का विवरण अंतिम और वाच्यकरणीय होगा।

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

अप्पिकेंट का उपरांत सहायता का अंतिम वाच्यकरणीय होगा।



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

- 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.
- इन्हें अधिकृत, हस्पताल की ओर से याचिनी/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकाश में यथावत करती है।
- 1) यह कि न हो सहायता जी न हो भविष्य में विविध सहायता विद्यों और सहायता संस्थान या विद्यों जब यह स्थैतिक रूप से उक्त योग्य/योग्यताएँ में लाई या तो रहे हैं, जैसे कि इन्हें "कोशिका फाउंडेशन" में विविधरितविभिन्न उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचिनी कि है। यही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विद्यों अधिकारी/व्यक्ति हेतु चलन्हुए वही विवरण जाता है जो अस्पताल किसी जन या सहायता संस्था या किसी अन्य समाजाधर से सहायता लेने का अधिकारा प्राप्ति रखता है। इस पुस्ति में स्वयं करता है कि अस्पताल द्वितीय बदर उक्त योग्यताएँ हेतु विद्यों के सम्बन्ध में विद्यों जब याचिनी सहायता में नहीं लेंगे/लेने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता कोवृत्ति प्रकृति की है। योगी या अस्पताल द्वारा या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का युक्त योगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई उपचार नहीं है। इसलिये हस्पताल में लाई जाने वाली योगी विवरणों द्वारा एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणों इस याचिनी में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती को लिए, संस्कृति

*Lakshminath N.*

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

# 15/M, Thirumalai (Behind of Hospital)

नगर व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंशोरण की तिथि  30/4/24	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244 FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION	<i>[Signature]</i>
--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पताल ।

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पताल ।

*[Signature]*