

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		B/0423/0154		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		18/04/2023	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Lakamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	56		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम		w/o Ekanalk Late		SEX लिंग	F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता							
Daddabidare chikka bidare post Huligat hobli chikkanayaknalli tumkur							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता							
Same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय				Home maker			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				MARRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
Yes / No हां / नहीं							
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध		
1	Gaurangaraj DE		M 38	M	Son		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 क्या विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Diagnosis			AE cataract LE cataract			
2	Surgery			AE cataract + PCFOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का अवसर या प्रकृत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)

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 fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्डेशन, पत्र, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फण्डेशन द्वारा उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कक्षा)

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, इसकाफ़ी की ओर से समझौते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अवसर/सफल हेतु चन्द्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की खरीद निर्भरता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/4/23	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic & Reconstructive NMC No. 7902-114	 Mr. Lakshmi Prasad N Manager, Plastic Surgery Institute for Deafness & Eye Care (A Unit of Koshika Eye Care Trust.)
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2