

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रक्रम

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: जारीकरण संख्या : आवेदक का नाम	Blos 24/0235	APPLICATION DATE जारीकरण तिथि : १५/२/८१	FOUNDATION Building block of life.
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	maladwanna	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	10/o Shivanna	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तीयन जागहस्थित पता: 61/2 Nimmamuru, Muddenahalli, Bangalore	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जागहस्थित पता: H —————	
OCCUPATION: पेशी	coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक बलान)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	10,000/-		
PAN No.: रजिस्टर खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप अपने का एक है (जो मासिक हो उस पर सही का नियमन लगायें)			
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
①	Shivanna	58 4	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिये विनियत आधार			
BPL Card (Attach Card/Copy) महिला भेजे जाने वाले पत्र (प्रमाण पत्र को लापक प्रति संतुलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्यापक आय कर्त उम्मीद पत्र (प्रमाण पत्र की लापक प्रति संतुलन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लापक प्रति संतुलन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायाता हेतु किए गए विनियत का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्रीतिवेदन सूची संबंधित		
①	DIAGNOSIS Rt calcaneal LC contract		
Surgery:- RE calc + RCT O/L			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायाता किसी अप्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसे मार्ग संहायता दिया	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषित करता है:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी की अनुमति मालिक एवं यही है। यदि कोई विवरण एवं काफ़िन असल पाया जाता है तो मेरी महापात्र नियम की वज़ाफ़ा है।
- 2) मैं, द्वारा दी जानकारी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी वज़ाफ़ा है, उसका उपयोग तभी उद्देश्य की तृप्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में चाहा गया है।
- 3) मैं दूसरे काला हूं कि यह सहायता द्वारा प्राप्ति की नहीं है, उस तरीके का अधिकार या सकल विस्तृत वज़ाफ़ा अंतर्मियोजन/विनाश कारणों से न हो सकता है और न ही भवित्व में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

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 its' 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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने को जाप सहायता, मेरे (आवेदक) अपनी सहायता की तृप्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा वज़ाफ़ा, चाहे वह दिया गया विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूसरे, उपलब्ध या उपलब्ध नहीं तरह विवरण से जुड़ी खोल्याइयाँ वही उपलब्धियाँ हैं जिनमें दिया गया विवरण से उपलब्ध है। यदि प्राप्ति का विवरण में इसका को प्राप्ति का वज़ाफ़ा में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी लिखकर है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में दीखता हूं कि मेरा वज़ाफ़ा, चाहे वह दिया गया विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ा है या नहीं यह सहायता का उद्देश्य वही सहायता इस सर्वेष्य में "कोशिका" एवं उसके न्यासों का दीर्घिय अधिकार और वापसातारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर वा लाईट थम्ब इम्प्रेसन



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

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.

इसके अधिकृत, हस्पताली की ओर से दीखते/दीखते को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हूं दिया जाता है, जिसे हम (हस्पताल) जिन उद्देश्यों में वज़ाफ़ा व अधिकृत करते हैं।

1) यह कि न तो धनांशन और न ही चाहिये ये विविध सहायता किसी वैर सहायता या विस्तृत अन्य सहायताएँ में लेंगे या हों रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उद्देश्यों के लिये इसका को प्राप्ति करता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकारप्राप्ति है तो नहीं यही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य वैर सहायता संस्था का दीखती अन्य सहायताएँ लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस तृप्ति में सहायता कहा जाता है कि अस्पताल दीर्घिय वरद उद्देश्यों में है जिसे वैर सहायती संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/होता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं यही सहायता के लिये विविध प्रकृति की है। ऐसी यह हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसे गये वज़ाफ़ा/अधिकार का चुपचाप दीर्घिय एवं हस्पताल के दीर्घिय का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई वज़ाफ़ा नहीं है। इसलिये हस्पताल में दीखती हुए सुरक्षा और अपने जनने को जारी रखनेएं दीर्घिय एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" भी जारी रखनीका या किसी दीखती हुए जनने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Siddhanta Eye Care Trust)
100, Thirumalai Road, Miller Tank Estate,
on behalf of Hospital

नम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगीरण की तिथि 4/5/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & FRCR in Refractive Surgery KMC Nellore
---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्पताल 1

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2

L. C. R.