

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0524/0278	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	9/5/22	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Shivalingaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	S/o Yalappa		SEX सेंग M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Chikkanayakanahalli Karnataka		Tumkur		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : अवस्था	Concierge	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	29,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का सदृश संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता का संख्या				
*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर रहे हैं (जो मात्र ही उस आय का निश्चय 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1)	Shradamma	46	F	wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाश आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्राप्ति वाला (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास आवश्यक पत्र (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Ration Card (Attach-Copy) उपर्युक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof नवाँ कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1)	Diagnosis Pt Cataract (E Cataract)			
2)	Surgery Re Cataract + PCEOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी		
1)	DRCI	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूं कि इस ग्राहन में दिए गये सभी विवरण में सहमती के अनुसार सत्य एवं यही है। परं यद्यपि विवरण एवं कानून अनुसार यहाँ जाता है तो मैंने भवान्त निवास की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस ग्राहन में भय यथा है।
- 3) मैं पूरी कानून हूं कि विवरण सहमता देने वाला प्रार्थना की गई है, उस दृष्टि का अधिकांश या सकात हिस्से विवाही अवयव स्थानियोंका/वीवाह कानूनी गे न हो लिया है और न ही परिवर्ष में हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- 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 its 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 ग्राहन पर अपने हस्ताक्षर या अपने जाहे लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पूरी कानून हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, नामीयों और जो विवरण इस प्रयोग में लायी जाएंगी, नाम "कोशिका" एवं नामीयों, नाम, साथकाका दूसरे उद्देश्य से तुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसका अन्यथा से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण में इसके या बारे में बताने वाले या यहाँ से लिया "कोशिका फाउंडेशन" का नामीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहायता हूं कि यह नाम, नामीयों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्राप्तिंश्च है तुरी नाम: सहायता का इकायां वही बताता: इस सर्वों में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का लियें अधिकृत और बाधकाती होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का अनुकूल लिया गया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्पताली को अंदर से पारांडे/गोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हूं दिया है, जिस द्वारा मैं यान्त्र व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि वह सों संतुष्टि और न ही परिवर्ष में विविध सहायता दियी गई सहमती के बाबत मैंने अन्य बातों से उड़ा दिया/दियाया है मैंने यही कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विनियोगित उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यान्त्र हूं दिया है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गयी विविध/साकाल हूं मन्तु नहीं किया जाता है तो सहमती किसी अन्य या सहमती दोनों या किसी अन्य सहमतीनां में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अधिकृत द्वितीय यान्त्र उक्त उपकरण से हूं दिया गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में सों गई सहायता दोनों विविध उपकरण की है। गोरी या हस्पताल द्वारा ही यह यान्त्र या किसी गये उपकरण/उपकरण का चुनाव गोरी एवं हस्पताल ने दोनों का विनियोग है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाया का कोई यान्त्र नहीं है। इसिद्वे हस्पताल ये गोरी के इकाय सुना और अनें जाने की गयी विवेदीयों गोरी एवं हस्पताल की होने वाली "कोशिका" की कोई पूर्यिका या विवेदीय इस सम्बन्ध में वही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेति

Mr. Lakshminipathi N.
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Manual Designation & Stamp of Authorized Signatory
16/M, Thirumalai Street, Behind Hospital Bed Area
नम नं 16 म, तिरुमालै इलाज स्टेटरी अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अधिकृत को लिखें <i>9/5/2024</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Retina & Refractive टायम KMC No. 90244
-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवेदक द्वारा दिया गया है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीयों हस्पताल :

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीयों हस्पताल :