

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	B0584	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	10/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sannki Bai'	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	55
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	10/01/1971 panduranga Rao	SEX सेंद्र:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक भवन का नाम:		Arataguppe - Rptura taluk Tumkur	
District:	KTBL Hassan	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई भवन का नाम:	11
OCCUPATION: अवस्था:	coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	✓ UNMARRIED (विवाहित नहीं)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	10,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आय वाच कर दाता हूँ (जो यात्रा हो उस पर सही का निशान लगायें)			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender सेंद्र
①	panduranga Rao	55 y	m
②	Deviyo	35 y	m
			husband
			son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका की नींव प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल बाट की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषका क्रमांक (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न		
①	Diagnosis: RL catarract L1 = catarract		
	Emergency: L5 cut + prosthesis		
ASSISTANCE BEING AVOIDED 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 AVOIDED लौ गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हैं:

- 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 चोरका करता हूं कि इस प्राप्ति में ऐसे तरीके विश्वास में जानकारी को अद्युक्त बना दें गए हैं। यह कोई विश्वास एवं कथन असत् जाता है जो ऐसी जानकारी की को सकती है।
- 2) मैं इस जो महाप्राप्ति गर्म "कोशिका फाउंडेशन", से नहीं जा रही हूं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को नुहिं के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पाया गया है।
- 3) मैं पुरिं करता हूं कि विश्वासका हेतु यह जारी की गई है, उस लिए का अधिकार या उपलब्ध विश्वास की जानकारी से जो लिया है और न ही परिवर्तन में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करते हैं)

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

- 1) इस प्राप्ति पर जाने हस्ताक्षर का अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुरिं करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जानकारी" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह खल, खोटा और यों विश्वास इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, एवं, जानकारी दूसरे उद्देश्य से नुहिं गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये भी उल्लंग यात्राएँ से उत्पन्न करने के लिए, अधिकृत है। मैं प्राप्ति का विश्वास ऐसे इताव को याते जा जाएं में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्राप्ति में घोषित हूं कि मैंने यह, यह, खोटा और विश्वास जो कि यात्राका को उद्देश्य से प्राप्तित है नुहिं खल; यात्राका का हक्कदार जीवन की बहाना; इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जानकारी का विश्वास अधिकृत और बद्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का लंगूरों का चिह्नान।



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा करते हैं)

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगठे से घोषित होने को "कोशिका फाउंडेशन" से विश्वास का हेतु घोषित की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) इस प्रकार में याज्ञ क अधीक्षण करते हैं।

- 1) यह कि न तो यात्रियों और न ही अधिकृत विश्वास की यात्राका संस्थान या किसी अन्य स्थान से उनकी नोटीज़/सामग्री में लेंगे या ले लें हैं, यांत्रे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विश्वासकी उपलब्धि के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा हेतु यात्रु नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य या यात्राकी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध में यात्राका लिये यात्रा की अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुरिं में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यात्रा ऐसौपासने हेतु किसी नीति यात्राकी संस्थान या किसी अन्य साथी में नहीं होगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नीं गई यात्राका केवल विश्वास प्रदाता की है। योगी पर अस्पताल द्वारा यह यात्रे उपचार/इकाइया का यात्रा योगी एवं अस्पताल की दीक्षा का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का योगी यात्रा नहीं है। इसके अस्पताल में योगी के इताव सुनाए और अन्य यात्रे को योगी किमेंटी योगी एवं अस्पताल नीं होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किमेंटी इस यात्राएँ में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संक्षेप

Date of Surgery अंगोरण की तारीख <i>10/5/29</i>	Dr. Laxmi Dorennava - MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco & Refract.: - NMRD O.D. & Regd. No. MM Stamp दामाद के नाम पर 90044	Mr. Lakshminipathi N. Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory # 16/M, Thirumayam Road, Puducherry - 605006 नम ए वड, इस्तमायम डायबिटीज एंड आइकेरी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्रिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2