

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B10524/0337

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14/5/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Linganna

AGE-YEARS आयु-वर्ष 75 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Shri Mancharahadaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
Havula Kodagi Ahali Kasaba Hobli
Wanankere Taluk Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता



one of 109 of 0337 Linganna

OCCUPATION : व्यवसाय home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

Yes / No
हां / 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 संबंध
①	Karigowda	424	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के अंतर्गत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
①	diagnosis RT cataract LE cataract Surgery: LE cataract, P.T.O. done Dr. Anand - Institute

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

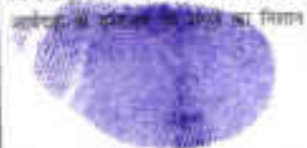
DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया जाता है तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस फॉर्म में उल्लेख की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड मांगा है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को प्रकाशित करने के लिए सहमत हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा मांगी गई मदद के लिए उपयोग में लाने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे फोटो का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या ट्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी अनुमति के प्रकाशित करने से कोशिका फाउन्डेशन को अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, इलाजगरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालूम में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकृत/सकत हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उक्त रोगी/मालूम हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सारकार से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

[Signature]

Mr. Lakshmi pathi N

**Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care**

(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
18/A, Thammiah Road, Madhavaram, Chennai - 600 031
On Behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refractive
हस्ताक्षर नं. 12/15/2024

Date of Surgery
उपचार की तारीख
14/5/2024

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]