

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B0524 036	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	K15 24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	mahadwara		P
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थान पता		10/0 mahadwarah	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई अवासस्थान पता		post - off post of 0361 mahadwaram	
OCCUPATION: अवसराय	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. स्वार्ड संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र भी दस पर सही का निशान लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	chandarkumar	384	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विचरित आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) नगरीय रेग्स की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताप्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप जीव प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताप्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताप्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जीव जाता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	V E cat scan V E cat scan		
Summary:- V E cat scan + PCTOL -			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIED ली गई सहायता राशि	
①	D BCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 फॉर्म से दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं काम असत्य या भगवान् है तो मैं सहजपन निपटने की जा सकती हूं।
- 2) मैं द्वारा दी जानेवाली "कोशिका फाउंडेशन", से जीव जाती हूं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण यांत्रिक, जो इस प्रकार मैं भगवान् हूं।
- 3) मैं दूसरे काम हूं कि जिस समर्थक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यांत्रिक का अवलोकन या उक्त विवरण किसी अन्य स्रोतनियोक्ता/चीज़ कामनों से न ले लिया है और न ही यांत्रिक में सौंदर्य।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 फॉर्म पर अपने इकाई का नाम लिखकर, ये (आवेदक) अपनी सहमति को पुरापूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटी और जीव विवरण इस प्रकार मैं घोषित हैं, जो "कोशिका" एवं ज्ञातीय, दाता, जानकारी द्वारा उद्देश्य से उन्हीं गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये गए उपलब्ध या प्रसिद्ध बातों के लिए अधिकृत हैं। मेरे इस का विवरण ये इसका के चक्रों पर भगवान् या भगवान् करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ज्ञातीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, छोटी और विवरण ये कि सहमत के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित हैं मुझे भगवान्, ज्ञातीय या हक्कदार जीव विवरण में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का नियंत्रण जीव और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इकाई का छोटी या विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनको अधिकृत, इसकारी को अंग में सम्बोधित को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विभागित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) नियंत्रण से नाम्य व स्थीरत बताते हैं।

- 1) यह कि न ते यांत्रिक और न ही यांत्रिक में विविध सहायता दियी गई सरकारी संस्थान या विद्यो अन्य संस्थानों में लेने का तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विभागित वित्ती उद्देश्य के अन्यथा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गई ज्ञातीय/सरकारी हेतु गन्तव्य जीव किया जाता है तो अन्यतर विद्यो अन्य गैर सरकारी संस्थान या विद्यो अन्य सम्बन्धित सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि ने स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यतर दिल्ली नगर उद्देश्य काम देखते हेतु विद्यो गैर सरकारी संस्थान या विद्यो अन्य भावन में नहीं होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लें नहीं सहायता कीवाल विविध प्रकृति की है। योगी जरुर इसका द्वारा एवं गई सहायता या विद्यो गैर सरकारी/ज्ञातीय का युक्त गैरी एवं हस्पताल की ओर का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई राशन नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इकाई सुरक्षा और जाने जूने की गती विभागित योगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई पूर्णता या विभागित इस व्यापक में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्थीरत विवरण के लिये संमतुति

Date of Surgery अंगपत्रक की तारीख <i>15/5/2024</i>	Dr. Laxmi Doremavva MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर की जान व हस्पताल व राज्य, न.	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory (A unit of Shridhar Group of Hospitals) # 16/M, Thimmannapura, Bengaluru - 560078 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनरल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पताल 2