

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE आवेदन तिथि			
N/0622/0532		10/06/22			
NAME of APPLICANT अर्क्षक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष	SEX लिंग		
Rathnamma		62	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताधिकारी का नाम					
w/o Shivanra					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पत्ता					
Panchanahalli Bedavanna Hullyas Hobli Chikmagalur					
Kanahalali Hullyas tumkur district Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पत्ता					
Same as above					
OCCUPATION व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Codic				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आपका साक्ष्य संलग्न करें)	
28,000/-					
PAN No. यहाँ खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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 अर्क्षक से संबंध समझाए	
1	Bhoomathi G.S	26	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने बिना का उद्देश्य					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयेन सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract				
2	Surgery RE-Cataract + P.IOL				
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 ली गई सहायता राशि		
1	DBLS		2,000/-		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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 हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण अथवा चयन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु, जो, उपरोक्त की गई है, उस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना)

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रयोग करें, उन्हें "कोशिका" एक व्यक्ति, पत्र, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसकी घोषणा केवल मेरे चयन के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की जा सकती है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग हैं पूर्णतः सही; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक व्यक्ति, पत्र, साक्षात्कार का प्रयोग करेगा और जानकारी देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा भरना)

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.

इसकी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से मजबूत होती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ली गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/मांग हेतु मांग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूर्णतः पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसे ली उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Sight & Eye Care
(A unit of Shree Eye Care Trust)
KMC Reg No - 64423

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)
Institute for Sight & Eye Care
(A unit of Shree Eye Care Trust)
25, A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2