

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : <u>N/0622/0569</u>		APPLICATION DATE : <u>14/06/22</u>		
NAME of APPLICANT : <u>Ningaioh</u>		AGE-YEARS : <u>48</u>	SEX : <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>s/o Bellaich</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>52, udigala 2 gundlupete taluku channarayana</u>				
DISTRICT : <u>Kannataka</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>Same as above</u>				
OCCUPATION : <u>Coolie</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>32,000/-</u>		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : <u>XXXXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>				
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	<u>Mahesha</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
☐ BPL Card (Attach Card Copy)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	☒ Ration Card (Attach Copy)	☒ Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Diagnosis			
1	<u>RE-Cataract</u>			
	<u>LE-Cataract</u>			
2	<u>Surgery</u>			
	<u>RE-Cataract + Pical</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करने के लिए)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य प्राप्त करने का दावा झूठा पाया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक यह "कोशिका फाउंडेशन" से भी जा रहा हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं भविष्य में भी, या वर्तमान में नहीं, इस उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करने के लिए)

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 प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'वर्चस्व' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" एम्बलम, चार, पत्र/पत्रिका, दूरदर्शन से मुद्रित/वीडियो और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी प्रपत्र के पालन या कार्रवाई करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों में प्रयोग हैं, सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्बलम, चार, पत्रिका और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करने के लिए)**

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.

यहाँ पर अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी जो कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रपत्र में सहाय्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य वित्तित अतिरिक्त/सहाय्य हेतु सहाय्य नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्था से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहाय्य संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं ली/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार मुफ्त और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रमाणित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust) KMC Reg No: 81123	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name of the Authorised Signatory (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust) # 16/M, Thirumala Road, Aditya Nagar, Hyderabad-500017
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	