

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 80624/0712		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 13/6/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Siddaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम Slo Chekkasiddaiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Maganahalli Malavalli Taluk Mandya District Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता					
OCCUPATION: व्यवसाय unemployed					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1	Putta Linganna	53	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis:- DE cataract Surgery:- RE cat + RITOL				
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 लेई गई सहायता राशी	
1	DBCS			2000/-	

- 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.

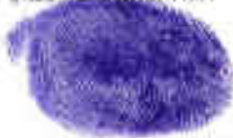
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निगम को ज्ञात होगी।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस राशि का आंशिक या प्रचुर हिस्सा किसी अन्य संस्था/विद्यार्थी/विद्यार्थी का पानी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या लोगों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी भावना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में व्यक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, पत्र, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और व्यक्तियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न को विचारण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके पास कोई प्रमाण नहीं है, इसलिए आपको यह मानना पड़ेगा कि यह सच है।



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतम, हमेशाभी जो ओर से सामने-रोपी को "आंशिक 'काउन्टेरा' से विधिग्न मनाया हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हथ (हमसाल) विधि प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यभार और न ही अधिकार में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से उक्त टोपी/धामले में लेने या तो लेने है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विधार्थित/विनिर्जित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्जित आर्थिक/सफल हेतु संस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त टोपी/धामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। टोपी पर इस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु टोपी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में टोपी के इलाज सुख्खा और अपने जाने की सारी विम्वेशरी टोपी एवं इस्पताल की टोपी और "कोशिका" को कोई प्रथिका या विम्वेशरी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorendra Das
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant Dr. B. Nagro (No. with Stamp)
H/O Dr. B. Nagro, 10/10, 10/10, 10/10

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
1101 Station Street, Suite 202, Northbrook, IL 60062
Signature of Authorized Signatory
(Official Seal of Hospital) [Red Area]
नाम व पद इत्यन्तु अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 (Name in Hindi)

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयसौ हरमल्ला २

Rich