APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. APPLICATION DATE: Building block of life. आयंदन संख्या : 1800RRFO आवंदन तिथी AGE-YEARS SITE- THE SEX सिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाप hikkayenkalamma FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम ESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Hollooner PreDP 0722 Hikkassenkatamma PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता CLIMUR abOCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Можен व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य मंलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) हाँ 🗸 नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Gender Age (Years) Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध M WALLEY WALL M Musban (81) BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS** Certificate Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाटा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण का की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतो का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवंदन सूची संलग्न क्रम संख्या A CIND COLO ACCE MARCHA MANAGERIA 1 Rabull ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी क्रम संख्या 4 ADW)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा घोषणा पत्र:

- 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 colemnia 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 8, 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 भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता हरिश "क्रोशिका फाउन्हेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी तदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आँकिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्नेक/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मसिष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार करार)

- 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/schievements. 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताभर या अंगडे की हाथ लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा न्यम, पत्न, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बक्ष से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थतः सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सर्वरक के हस्ताक्षर मा आंग्रह का निशान

LTI

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

I) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or eny 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, इस्ताखरी की और से मामले/गोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पतास) निम्न प्रकार से पान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो व्यक्तिया और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त गोगी/मामले में लेंचे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/दिनीत उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैं स्वायता में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/फायते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लेगी।

्र संस्कृति संस्कृत जन्म सामा के पर राज्याना के पर राज्याना के हैं। रोगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का को दबाद नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आई जाने की हारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल के होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में होगी।

NECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Nagesh B N Date of Surgery Consultant, Medical Superintendent ऑपरेशर की तारीख Compa, Cetaract & Refractive Surgery (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 13/9/2021 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हरमतःल अधिकृत अधिकारी झार्क्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. तू. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक दुपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2