

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B10124/0168		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 5/1/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mangamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 76		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम W/o late Andani Gowda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता Korie Tumkur at post - Dabbahattionki Tumkur taluk, Tumkur district Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता					
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes ☐ No					
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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैख के साथ 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 प्रमाणित सूची संलग्न				
1	diagnosis RE cataract NE cataract				
surgery: RE cataract					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	DACS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगा, जो इस प्रकरण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण भेजा गया है, उस सहायता का उपयोग या समकल हिसाब किसी अन्य प्रोत्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)

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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, चरवा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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.

इससे अधिकृत, हमारा हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साधक/संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकृत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और साधक/संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल किसी मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और साधक/संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हमस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुवि/या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यस व पर हमस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/1/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2