

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		 PR op - part of 0774 - parvathamma	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम		SEX लिंग			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. क्या है खाली छोड़ें		Yes / No हां / 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 सम्बंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis :- RF - Cataract				
2	RF - Cataract				
3	Surgery - RF - Cataract				
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 सी गई सहायता राशी		
1	DACT		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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न के लिए यह सभी विचारों की आवश्यकता को अनुरोध प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कल्पना मान्य प्राप्त जाता है तो वेही सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) जो छात्र जो सामान्य गति "कोशिका फायनेंस", से लगे जा रही हैं, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त प्राप्त है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, उस गति का अंतिक या अन्तल विचार किसी अन्य को-निर्देशक/कीम सम्पत्ति से न हो लिया है और न ही अधिक में लीज।

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 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 प्रश्न पर अपने उत्तरों या जवाबों की सहायता के लिए संकेतित है। (अवधारणा) अपने सहपाठी को चुनौती देते हैं कि "कॉलेज का फाइनल और उसके बाद भी" जो अधिकृत करता है कि मेरा नाम, माता, पिता और जो विषय इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कॉलेज" एम्प्लू न्यायी, धर्म, व्यवसाय/धर्म के अर्थों से जुड़ी तथ्यांकियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार आवश्यक से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉलेज का फाइनल" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवधारणा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, माता, पिता और विषय जो कि संस्थाओं के उद्देश्यों में शामिल है मुझे स्वतः संस्थाओं का एकमात्र नहीं बनाता। इस संबंध में "कॉलेज" एम्प्लू उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

ज्यावेकडे ते हलक्यात ते जागे जा निराव



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 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.

हजारों अधिभुक्त, हस्तक्षेपी की जड़े से घासले/रोपी को "कोशिका जगज्जेल" से विविध सहायता हेतु सिफरिरी की जाती है, जिसे डय (हस्तक्षेप) विम्व प्रकाश से सान्ध व सहीकरा करते हैं।

1. यह कि न तो धर्मग्रन्थ और न ही अधिपति में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थापन या किसी अन्य शक्ति से उक्त ऐतिहासिकता में लेगी या तो इसे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्कर्षित/निष्पत्ति उक्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिनियमकाल हेतु गन्तु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो ही सहायता भौतिक विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा इस से कोई संबंध का किने यदि उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमारा को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई शुल्क नहीं है। इसीसे हमारा से ऐसी को शुल्क शुद्ध और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा की होगी और "कोशिका" की कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. M. DAVATHRA MBBS

Mr. LAKSHMIPATHI N

~~Senior Manager~~

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shreehal Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी कलमाखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि ३