

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	BLOF2H10776	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : AGE-YEARS आयु-वर्ष : F	 	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकी का नाम	Vijayamma	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान अवासीय पता chikkashettikere, avyadandlu road, 150002 taluk, Tumkur district, Karnataka	5/7/24	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवासीय पता		
OCCUPATION: पेशाप	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक संलग्न)	II	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	—			
PAN No. स्थारी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मेरा आप का दाता है (जो मान्य हो उस पर महीने का निशान लगायें)		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	Eshwargoudar	724	m	Husband
②	Dillegowda	544	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनामी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई सारण्य)	
गोरक्षी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	उत्तर आप जारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जारी प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की उपभोक्ता प्रति संलग्न करें)		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गए विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ग्राहित भूची संलग्न			
①	Diagnosis R/F catchback R/F catchback			
Summary:- LF catch R/F catch				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सी गई सहायता राशी		
①	OBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करता है:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति ने दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारबन अलग या अलग है तो मैं ऐसा घोषणा निभा करी जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूरी के लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भरा रखा है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि विस सहायता हेतु का वर्तमान को नहीं है, उस परिका का अधिक या सकारा विस्ता जन्म घोषितीयोग्यता/वीमा कमनी से न तो सिव्य है और न ही अधिक ये लैगता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को दिया द्वारा एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने याप, याह, योटी और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवम् जन्माव, जन्म, जाबकारी या उसी उपर्युक्त में तुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यवधान नहीं दिया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाति से सहमत हूं कि मैंने नाम, जन्म, योटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ते हैं तुझे दिया: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस वर्तमान में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का निभाव

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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 this matter.

इसी अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से याप-योटी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से याप या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवित्व में वित्तीय सहायता किसी भी जन्म स्थेत से उक्त योटी/योटी में लेंगे या ले रहे हैं, यांते कि इसी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उपलब्ध के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योट दिया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकारी/योक्ता सहायता हेतु यान्त्रिक नहीं किया जाता है तो उससहायता किसी अन्य गैर योक्ता संसद्य या सहायता से सहायता लेने वा अधिकार दुरुपयोग रखता है। इस पूरी में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय योट उक्त योटी/योटी में हेतु किसी भी योक्ता संसद्य या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बावजूद योटी विविध प्रकृति की है। योटी या हस्पताल द्वारा दी गई सालाह या विवेद योटे उपचार/इकिया का चुनाव योटी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का योटी दबाव नहीं है। हस्पताल में योटी के इतना सुधार और अन्त वाले की योटी विवेदों योटी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की योटी पूरिया या विवेदों द्वारा योटी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Childcare & Eye Care
(A unit of Sri Sankar Eye Care Trust.)
1301, Thirumalai Road, Mylapore, Tamil Nadu
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

5/4/2024
Date of Surgery
अंतर्काल की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Regd No. (with Stamp)
दाकटा # ३०८ नंगम व इस्तकार, व रोड, न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्काल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जन्माव हस्पताल

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जन्माव हस्पताल