APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखधाल) foundation APPLICATION No. 1 APPLICATION DATE: Building block of life. 13/0724/0885 आवेदन मंख्या : 09 07/2024 आधेदन तिभी AGE-YEARS MIT- 44 SEX THE NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम Parvathamma FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/बदुम्भ का नाम 📈 🗸 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Nenekatte malexalle Gundlupet Taluc Champey react cham ray agar DIST Karnatake postop Parvathanma OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवनगय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आप (आय का साध्य संलग्न) PAN No. THE REST THEY RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) Any Other गरीबी रेखा के चीचे प्रमाण पत्र Basis/Proof अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरन करे। (प्रमाण गत को साथा प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से करी की गई प्रतिवेदन सूची संतान Diagnosis Cataract atarall Surgery realisant - bhares & Beleau ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उप्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया ही? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्थोत का शाम सी गई सहायता ग्रंगी 111505 2000

DECLARATION by APPLICANT: MINTE STI THEFE TX:

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/imployer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं चोषणा करता हूँ कि इस प्राप्तन में दिये तमें सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार राज्य एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाल पाय जाता है तो मेरी महायश निरस्त की आ सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो म्यामस राष्टि "कॉरिका फाउन्टेशन", में ली क सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिमें किया जाएँगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेंदू यह प्रश्नेत की गई है, एस प्रति का आरितक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोठनियोजक बीना कम्पनी में न तो लिया है और १ ही प्रतिमा में सूँप।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET \$10 \$400)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस इच्छ पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की क्षण लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउँडेलर और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण प्रम प्रपत्र में घोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, यान, खावना का पूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रमार मध्याम से प्रमाणि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रचत्र का विवरण मेरे इलाव के फाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँमा " या न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाग, पता, फोटो और विकारण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्था: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यांसयों का निर्णय और बाध्यकारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाश्ताक्षर या अंगूले का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$140000 gitl \$400)

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 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 confirmation essentially states that the Hospital 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 malter. इसरे अधिकृत, इस्तावसी की ओर से मामलेपोगी को "कोशिका कात-बेशन" वे बिलिय सहायत हेतु सिफारेश को जाती है, जिसे हम (इस्पतात) निम्न प्रकार से यान्य व मधीकार करते हैं। 1) यह कि न तो नार्गयन और न ही पविष्य में बिलिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसो अन्य स्वोत से उक्त रोगी,पामले में लेंगे या तो रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गरद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्था विनीत अधिकार सकता है के अस्पताल हैता करने से सम्बन्ध या किसी अन्य सन्तायन से सहस्थत लोगे का अधिकार सूर्यका है। इस पूर्णिय में स्पन्न कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मंगद उक्त रोगी,पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था पर किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कॉलिका फाउन्डेमन" में ली तर्व सवायत केवल कितिय प्रकृति की है। सेगी पर इस्पवाल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनल सेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्टेमन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्ता नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेगी के इलान सुरक्षा और अने जाने की लूरी जिल्हेंचारे सेगी एवं इस्पताल के बीच के उन्हों की कोई प्रतिकार मा विवाहता है जा सामने में नहीं होगी।

को होगी और "बॉरिका" भी कोई भूमिका या विश्मेदारों इस मामले में नहीं होगी। Wr. Lakshmipathi N RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Manager Outreach स्वीक्ती के लिए संस्तृति (A unit of Shraddha Eye Care Trus.) Date of Surgery 9 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed 4/44 ऑपरेशन की शरीख Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी CMC No. 90244 आनारिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 2

नासी हस्ताक्षर । न्यासी ह