

|                                                                                                                                                    |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                       |                                                                                           | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                       |             | <br>Building block of life |  |
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 810424/0832                                                                                                         |                                                                                           | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11/7/24                                                                     |             |                                                                                                               |  |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Basanna                                                                                                            |                                                                                           | AGE-YEARS आयु-वर्ष 50                                                                                    |             | SEX लिंग F                                                                                                    |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम N B Basavanayaka                                                                                        |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Hangala Hobli, Gundlupet taluk, Chamara Nagar District Karnataka                                        |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता 11                                                                                                      |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| OCCUPATION: व्यवसाय Coolie                                                                                                                         |                                                                                           |                                                                                                          |             | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 0832 Basanna                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 10,000/-                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                                          |             | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)                                                               |  |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या                                                                                                                          |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                        |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                                | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years) आयु (वर्ष)                                                                                   | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                  |  |
| 1                                                                                                                                                  | Basanna                                                                                   | 50                                                                                                       | M           | husband                                                                                                       |  |
| 2                                                                                                                                                  | Basanna                                                                                   | 35                                                                                                       | M           | son                                                                                                           |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार                                                          |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा में नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                |                                                                                           | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनोती का उद्देश्य:                                                                      |                                                                                           |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| 1                                                                                                                                                  | diagnosis RE catcratch<br>catcratch<br>summary: RE catcratch                              |                                                                                                          |             |                                                                                                               |  |
| 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 DBLS                                               |                                                                                                          |             | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता एसी 2000/-                                                    |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" को यह बताने के लिए, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता हेतु वह प्रार्थना नहीं करेगा, उस राशि का आंशिक या प्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, पाचन/प्रकाश इत्यादि माध्यमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इलाज के खर्चे या भुगतान से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सामंजस्यपूर्ण को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मंजूर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach

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

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

समय पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/4/24

**Dr. Laxmi Doleenavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
(Name of Dr. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2