

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                       |                                                                                                | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                |                                                          | <br>Koshika<br>foundation<br>Building block of life |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : N/0822/0834                                                                                                    |                                                                                                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 5/8/22                                                                           |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Maribettaiah                                                                                                   |                                                                                                | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>70                                                                                          | SEX लिंग<br>M                                            |                                                                                                                                        |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/पत्नी का नाम s/o late Sarraiah                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Hittalakoppa mayasandra hobli, tumkur<br>Tq. tumkur district Karnataka                             |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता<br>Same as above                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय coolie                                                                                                                     |                                                                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br>PREOP 0834 POTHOP Maribettaiah                                        |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 28,000/-                                                                                                   |                                                                                                | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PAN No. सफाई खाता संख्या                                                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                        |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                              | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                        | Gender<br>लिंग                                           | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                        |  |
| 1                                                                                                                                                  | Rangaswamy                                                                                     | 30                                                                                                                | M                                                        | Son                                                                                                                                    |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                                        |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा की नौवीं प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                       |                                                                                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                          | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                              |  |
| Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| 1                                                                                                                                                  | Diagnosis RE - cataract<br>LE - cataract                                                       |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| 2                                                                                                                                                  | Surgery LE - cataract + Priol                                                                  |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?              |                                                                                                |                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                             | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                      |                                                                                                                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता राशी |                                                                                                                                        |  |
| 1                                                                                                                                                  | DBCS                                                                                           |                                                                                                                   | 2,000/-                                                  |                                                                                                                                        |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले जा रही हैं, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का अधिक या समान विराम किसी अन्य प्राप्ति/रोक/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शिका द्वारा भरना)

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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "ट्रस्टी" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व "ट्रस्टी" अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके "ट्रस्टियों" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप।

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा भरना)

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 मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्राचार किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अस्वीकृत हेतु पत्राचार नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा पत्राचार हेतु प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/उपकरण का भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/उपकरण का भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

5/5/22

KMC Reg No - 81123  
(A Unit of Strabismic Eye Care Trust)  
Institute for Strabismic & Eye Care  
Consultant & Refractive Surgeon  
Dr. A. B. Singh, MD, with Diplomate  
N. B. Singh, MD, with Diplomate  
N. B. Singh, MD, with Diplomate

Dr. L. K. Singh  
Nephrologist

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

# 16/M, Thiruvananthapuram

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2