

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/0822/0844		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 7/8/22		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम : chema Basavaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 90		SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम : s/o Rachaiah				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता : Mattammanahuni Village, Besalahatti Gundlupet, Channarayana Kottalake				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता : Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ Married	PREOP POSTOP 0844 chenna Basavaiyah		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय :	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य सिलन)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं).				
Yes / NO हाँ / नहीं ☒ Yes ☐ No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr.No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्या 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 सिद्धे बिन्दुओं में से चुनें				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा को चिपके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना करें.)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना करें.)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना करें.)	Any Other Basis/Proof इतर कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल्पों का उद्देश्य:				
Sr.No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबन्धित सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract			
2	Surgery LE - Cataract + PCICL			
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 तो यह सहायता राशी	
1	DBCS		2,000/-	

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 प्रत्येक 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 दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार या सहयोगी किसी अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रकम लेता है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

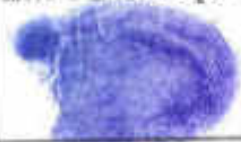
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" पत्र, न्यूज, दूर, साक्षात्कार द्वारा इत्यादि में मुझे प्रोत्साहित करने और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या रूप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से ग्राह्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता की उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, न्यूज, दूर, साक्षात्कार का प्रचार प्रसार और प्रचारकर्ता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली 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 any other 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किरी उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किसे गले उतारना/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery प्रयोग के तारीख 9/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Blindness & Eye Care (A Unit of Shri Chaitanya Eye Care) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर (संकेत)	Mr. Lakshminipathi N Manager, Eye Care on behalf of Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A Unit of Shri Chaitanya Eye Care) # 15/M, Thiruvananthapuram Road, Malabar
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2