

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूष का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय					
PAN No. स्थाई खाते संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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 से साथ सम्बंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
V-BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगीगत/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis RE cataract. U= cataract				
②	Surgery RE cataract + p.c.TOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी	
③	E.C.D.B.C.s			2000/-	

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 अवास्तविक पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता ली "कोशिका फाउन्डेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यहाँ करता हूँ कि किये सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, उस राशि का व्ययिक या सरकारी विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने इलाख या अंग्रेजी की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायोधी, राज, पावन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिबंधित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पते या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आभेदका को समझना या अंगुष्ठ का निशान

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.

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

2. "कोशिका फाटनेशन" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। दोनों पर हमसतल द्वारा ही नई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रणनी एवं हमसतल को बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसतल में रणनी को इस्तेमाल सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रणनी एवं हमसतल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Institute for Diabetic & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)
1, Thimmaiah Road, Miller Tarik Bad Area
Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

17-07-24

Dr. Laxmi Borennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. in Regn. No. with Stamp)
Consultant - Plastic & Reconstructive
SVC No. 10344

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यायी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2