

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		N/0822/0881	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 17/8/22		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
Charappa		65		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम S/o Chikkagouda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान (घर) <u>Avesahalli Koppa hobli madhur Taluk.</u> <u>Mandya District Karnataka.</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पत्ता <u>Same as above</u>					
OCCUPATION: व्यवसाय Coolie			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 28,000/-			(Attach Proof of Income) (आप को साक्ष्य सौंपने)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप आय का दाता हैं? (जो मानें हो उस पर चिह्न लगाएं।) Yes / No हाँ / नहीं					
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 संबंध	
1	A.C Raghurama	37	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति सौंपने करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य जन वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति सौंपने करें।)	Ration Card (Attach Copy) उच्चपोशा कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति सौंपने करें।)	Any Other Bests/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिए गये विन्दी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची सौंपने				
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract				
2	Surgery LE - Cataract + PCIOL				
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 ली गई सहायता राशि		
1	DBCS		2,000/-		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

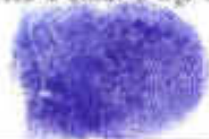
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ पर कृत है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं चरण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कृत है कि मैंने सहायक हेतु यह प्रयोजन को नहीं है, इस मदद को अतिरिक्त या संलग्न किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी में से ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 and/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् "कोशिका" द्वारा, आवाज/चित्र/दूरदर्शन/संवाद/चुकी/प्रतिरूपित और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा को पालने का काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व "कोशिका" व "कोशिका" एवम् उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल है, पूर्णतः सहायता का इच्छा-वही करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)**

- 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 को और से सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/किसी उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्णतः हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने के सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cataract, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Designation)
(A unit of Sonabehn Trust)
KMC Reg No - 81123

Mr. L. J. Shrinath N
Manager, Sonabehn Trust
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sonabehn Trust))
16/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2