APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप		(स्वास्थय	देखमात)	Koshika foundation	
APPLICATION No.:	09810906	APPLICATION DATE आमेदन तिथी	:21/9/2021	Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	chanderamma	AGE-YEARS	मु-वर्ष SEX लिंग	4	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: WO Sound VOS					
DN0 43		DORESS बर्तमान आवासीय पर	millinum	preop postop	
schaol Ro	PERMANENT RESIDENCE A	Bangaloge - S		0906 Chain dramm	
_	- scine	y above -			
1130	Home maken			त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	: <u>_</u>		(Attach Proof of (आय का साक्ष्य		
PAN No. THE GIRL HER] X ASSESSEE (Tick whichever is applicab	le): Yes / N	0		
भग आप आय कर दाता है	(बो मान्य हो उस पर सही का निरान लगाये	हां / न FAMILY DETAILS परिवा	ही		
Sr. No. कम संख्या	Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	र 1ववरण Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
-	Nill				
		+			
	BASIS for REQUES सहायता के लि	TNG ASSISTANCE (Tick which ये विनति आधार	never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न		Copy) (A गपत्र उप	ation Card Itach Copy} भोक्ता कार्ड ते छाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		SE" for REQUESTING ASSIS इता हेतु किये गये विनती का उद्			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल्⊬डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosid		RF- Catarell		
			LE- Ca	Formel	
R	0		I to the same of		
9	Surgery	L6 Coutr	rough +	PCIOL	
		100	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH		
		150			
	ASSISTANCE BEING AV इस उड्देश्य के हेत्	AILED for SAME "PURPOSE" कोई अन्य सहायता किसी अन्य	' from OTHER SOURCE स्त्रोत से लिया गया हो?	ES .	
Sr. No. NAME of OTHER SOU क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नार		SOURCE		of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
(i)	Dool		1		
U	DECO		2000		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोवणा पत्र:

- 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 essistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी प्रानकारी के अनुसार सत्य पूर्व सही है। पाँद कोई विवरण एवं कथन असत्य पापा जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेशल", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया वायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंक्षिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में सूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेदक हार करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby egree & 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 varbal, 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 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 essistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो जिवरण इस प्रपत्न में मोक्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यसी, दान, खचना/वा दूसरे उब्देश्य से भुद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले जा कर में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पंता, फोटो और विवरण जो कि सहस्रका के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑवम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वरा 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मतमले/रोगी को "कोशिका फाइन्देशन" से वितिय सहासता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि म तो वर्तपान और म ही चविच्य में वितिय सहासता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से तकत रोगी/मामले में लेंगे आ ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"

में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहावता विनिध आशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहावता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्ता है। इस यूप्टि में स्पष्ट कहा काता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार कोई दबाव नहीं है। इसिंशवे इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिप्पेदारी इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. Negesh B स्थीकृती के लिए संस्तुति Mr. Lakshmipathi i Consultant, Medical Superintendent Manager Outreach Date of Surgery Comea, Cataract & Refractive Surgery (Name) Designation & Eye Care
(Name) Designation Stage of Actions and Signatory
(A unit of paper) of Hermital Bed Area

10M, Thirmship a ve sender affine affined ऑपरेशन की तारीख Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Britishing Rol Witt Stamp) 2110 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यामी हस्ताभर ।