## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 23 9 2021 N10921/0963 Byilding black of life. APPLICATION No. 1 आवेदन तिथी आवेदन संख्या 🛊 AGE-YEARS STIT-IT SEX लिंग nentataiah NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 66 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 012 Ganga Shetty पिता/कट्य्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय प्रत was transite transition Dadad pre or Posto malavall dest o 963 Venkalaiah PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता same of above OCCUPATION : ployee MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) स्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल बार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निज्ञान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम लिंग क्रम संख्या NO Meste sage ULL BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof **BPL Card** (Attach Card Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्पन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये खिनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन मुची संलग्न क्रम संख्या RE- catagact liganoly - calabout RE- Catanact + LEGARINS 2) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 2000 JBC!

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घंषणा 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, fiable for rejection/cancellation.
- 2) is 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 fetere, avail of relimbursoment, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये एवं सभी किवटन मेरी जानकारी के अनुसार सरल एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाता खता है तो मेरी प्रशासता निरस्त की व्यासकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेशर", से ली जा रही है, उसका उपयरेग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया खबेगा, को इस प्राक्रप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस तरित का आरिक या सकल दिस्सा किसी अन्य घोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भिक्क में खेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( कार्यक द्वारा करार)

- 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/rep/educe 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 end/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 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 प्रपन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंग्रे की रूप समाकर, में (अपोर्डक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृष करता हूँ कि मेरा चाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपन में बोधित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, धाननात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार पाध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपन वह विवरण मेरे इलाग के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आबेरक) इस बात से सहयत हूँ कि पंता नाम, पता, फोटां और विकारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुत्ने स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" वृत्वप् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और पाध्यकारी होगा:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION | आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूर्ठ का निर्णन



**गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्य से नहीं लेग**/लेगी।

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 8 accept to lowing:

- 1) that we neither are presently nor will in fatere shall 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/code 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 अधिकृष्ठ, इस्ताक्षरों की और से पांधरियोंने के "कोशिका जानिका" से निर्मिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती हैं, जिसे **इम (इस्पतास) निम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।**1) यह कि न तो अर्तपान और न ही भविष्य में निर्मिय सहायता किसी में संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/पाय**से में सँगे या से रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेरान"**से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेरान" द्वारा मदद होतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेरान" द्वारा सहायता विनित्र आशिक/सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वर किसी अन्य सन्त्यायत सेने को अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिती**व परद उक्त रोगी/पापले हेतु किसी**
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महायना केवल ब्लिन्य प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यनास द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यतास के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी किसी की हैं। इसलिये इस्यताल में रोगी के श्लाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस किसी नहीं होगी।

PECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Mz. Lakakıni pathi N **Date of Surgery** Dr. Nagesh B N ऑपरेशन की तारीख Consultant, Medical Superintendent. Comea, Cataract & Refrective Surgery (Name, Designation & Slamp of Authorised Signatory institute for Distinten Silling Gare 23/9/2021 on behalf of Hospital) (A unit of Shraddha Eye CeresTrust) / नाम म पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी KMC Reg No - 51123 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्त:क्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2