+6 saxerehalli

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	27/9/21	Building block of life	
NAME of APPLICANT :	1/0921/1038	AGE-YEARS MI	-वर्षे SEX लिंग	
आवेदक का नाम	Ravi Koman	58	H	
FATHER'S'SPOUSE'S NAME : Public 9 व्याप्त कर्म का नाम Public 9 व्याप्त कर्म का नाम Present residence address वर्तमान आवासीय परा				
n daka	maranahalle Ma	vall		
L	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	६ - प्राणं आस्त्राति एत		re Dy Pod- Op
		bove -		1038 Ravikund
OCCUPATION :	- 1		MARRIED (Profits	UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME:			(Attach Proof of)	ncome)
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या			(आय का सीक्ष्य	र्मलान)
ARE YOU AN INCOME TAX	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नर्ह		
जा जान जान नर यागा है।	FA	MILY DETAILS परिवार	विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Femily Member परिचार के सदस्यों का नाम	Age (Years) ट्रम (भर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
0	Malatha	52	F	wite
Į.	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whiche	over is applicable)	
BPL Card (Altach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसम्ब क		Ration Card (Attach Copy) उत्पोकत कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य
		REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्देश		
Sr. Na.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
- 4	e canolic			
			PCL	Ø <u>L</u>
2	surgery. RE cularact + PCIOL			
	ASSISTANCE BEING AVAILED (इस उद्देश्य के हेतू कोई क्षन	or SAME "PURPOSE" ! सहायता किसी खन्य स्व	rom OTHER SOURCE	\$
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			ASSISTANCE BEING AVAILED
	अन्य स्त्रोत का नाप			ली गई सहायत। राशी
D	DRCS		2000/	_

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any falso statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cance-lation.
- 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, avair of reimbursement, In part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this essistance is requested.
- 1) मैं घोषण्ड फरता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रत्य अस्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राशि "क्लोशिक। फारुन्हेशाय", से ती जा रही है, उसका उपयोग वांकी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया व्यवेगा, जो इस प्रकर में पर गया है।
- मैं पुष्टि कक्ष्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस शिंग का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोक्तियोजक/पीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्स में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आर्थक 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/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 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 confinding the seri 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 इस्ताक्षर या अंगर्ड को हाम स्थाकर, में (आनेदक) अपने सहमित की पुष्टि करता हूँ एतं "कोशिका फाउडेरान और उसके न्यासी**यों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग नाम.** पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपन्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवग् न्यासो, दान, यावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्ध्यों के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवरण भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आबेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा कार, पता, कोर्च और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्थतः सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवग उसके न्यासियों का निर्णय और अध्यक्तारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आयंदक के हस्ताक्षर या अंगूठे था। विशाप



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्ताल 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 avoid 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 avoid any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

 2) The prefetches from Koshika Foundation is only 1 granted in pating. The choice of the transport of the dependent of the Hospital on the
- 2) The assistance from Kosh ka "bundat"en is only tranqual 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 to fine freeliment & if soutcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility to the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताकरी की और से भारतेलंकी को "वर्षिणका काउन्देशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को जाती **है, जिसे हम (हस्पतास) विना प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।** 1) यह कि द हो वर्तकार और र हो पतिच्य में विविध महायत। फिसी मैंर सरकारी संस्थाण या किसी अन्य स्त्रोत से उक्क ग्रेगी/मामले में **होंगे या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"** से सिफारिश/बिवति उक्स के अम्बध में "कोशिका कालका" हाम मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हास सहायता विविध **आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्प्रवास** किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य अन्याधन से सहायता तेने का आधिकार सुरक्षित स्थात है। इस पूष्टि में स्थल कहा **वाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उन्ता ग्रेगी/मामले हेतु किसी**
- रैर सरकारी संस्था या किसी अन्य लाधन थे नहीं सम्पानि 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायना कंवल विजिय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी का का कोई दबान नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

में बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-देशन" द्वारा किसी का कोई खान नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूषिका या जिम्मेदारी में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

रव्यीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

27/9/21

Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Retractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shiradcha Eye Care 170311) KMC Reg No #81123 FR 3

Institute for D. Halos & Eye Can

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Vesammana98 behalf of Hospital)

নাম ব মই চন্দ্ৰকাল অধিকৃত্ত কৰিবল

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू

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

Enfunge

lert