APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : APPLICATION No. : Building block of life. N 0921 9/2 1062 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS STIT-TH SEX लिंग NAME of APPLICANT Ravindrain आवेदक का नाम HS м FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कट्रम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वा पान आवासीय पता doddanna Pre OP Postop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वा आवासीय पता 1062 Rawindran as cube Corolie OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 38.000 (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्पाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही कर निशान समाये। Yes / No हां / नही FAMILY OETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. उप्र (थर्ष) आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम लिंग क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उददेश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न liagnal at and t ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्क्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी DBCS 21000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषणा पत्र:

- 1) thereby confirm that all details in this Form are True to the bost 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 Koshita 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 reimburgement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में भोवना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हाए जो सहायता राजि "कोशिका फाउन्देशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस चरित का आरिक या सकल किसता किसी अन्य घोत√नियोजक√बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक दारा 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 ilmited 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 goree 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 grenting 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या उरंगठे की चाप लगाकर, मैं (आबेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनप्रया दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपनेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उर्दरमों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का ठकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और माध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के हस्ताक्षर या अंगुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्यताल दारा 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 evall 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 & salety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्केत से उक्त रंगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय यदद उक्त रंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था क किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कैथल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर इस्पकल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पनाल के बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये उत्पताल में ग्रेगो के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी ग्रेगो एवं उत्पताल

क्षी होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका था जिय्मेदारी 📦 🖦 में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AI स्वीकृती के लिए	संस्तुति Mr. Lakshmioathi N
Date of Surgery अपियत की तारीख श्रृष्ट्र व ट्रा	Consultant, Medical Superintendent. Cornea, Cataract & Refractive Surgers Institute for Diabeles & Eye Care (A uniNeus of but & Regration and State)	Manager Outreach Institute for Disbetes & Eye C (Neme, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) লাম ৰ মুহ হুম্যৱাধ অধিকৃত্ত অধিকাৰী
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUR	NDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
11	Safaragel	let