APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 30 Building block of file APPLICATION No. 1 आवेदन संख्या : AGE-YEARS SITE-IT SEX लिंग NAME of APPLICANT : angaia आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वतमान आवासीय पता Chan & Sui rage Tomai Villa Roman Pre op Gargaiah 1076 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई कावासीय पता Same above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: कूल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्था खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान संगाये। Yes / No हां | नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Şr. No. आवंदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या wife 46 Venkatamme BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Affactr Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की क्षाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उदरेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract TO R Diagnolis CTOL Cortograft + IOL S Wigging 2 3 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस डब्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 3,0001-513 (3

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 roce yed from Roshika 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये १८५१ विवरः। भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन आसल्य पाया जाता है को मेरी सहस्रका जिस्सा की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहापता सांश "कोशिका फाउन्हेशन", से ली का रही है, उसका उपक्षेप ठरी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस फ्रक्स में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेत यह प्रार्थना की गई है. उस गाँश के आँशक वा सकल हिस्सा किसी अन्य होत/नियोजक/बीमा **कायती से व तो लिया है और न ही परिचय में लैंग**।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक दात कतर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hersby 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 reducated.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, podress, photo 8 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर मा अंगते को जाम तरुकर, में (आर्थर्क) अपने अवमी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फारंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग कम, पण, फोटो और जो जिलरण इस प्रपत्र में घोषिन है, उस "कोरि.क" एवन त्यासी, रान, दाचना/या दुसरे उद्देश्य से जुड़ी **गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माज्यम** से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रपत कर विकास भेरे शुराज के पहले या वाद में करने के लिए "कोशिका फाउ**र्डेसन" व त्यासी अधिकृत है।**
- मैं (आवंदक) इस बात से सहसत हूँ कि संत कम, कत, फोटो और विवरण जो कि सहायश के उद्देश्यों से प्राधित है यह स्वतः सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय आँतम और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबंदक के हस्ताक्षर या अंगृते का निशान



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 & 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 Huspital 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, हस्तक्षरी की और से पापले.टेगरे को "कॉफ्रक! अपकार" से चिटिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्प्ताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिच्य में वित्तय महायता किसी घैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/साफ्ले में लेंगे या ले रहे हैं. पैसे कि इपने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका ५८८-इंशन" द्वारा ५२५ हेंशु कि है। यदि "कोशिका फाठन्डेशन" द्वारा सहस्थता जिनति ऑक्सिक्सकल हेतु कव्यूप नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाधन से सहायना लेने कर अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मध्द उक्त रागी/मामले हेतु किसी। **गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लंगा/लेगी।**
- 2 "कोशिका फाउन्हेररू" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी गर हत्सतास द्वारा यी गई ससाह या **किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हत्यताल**

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी 🕬 🕬 कोई रुवाय नहीं है। इसलिये हस्मताल में रोगों के इसाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी देगी एवं हस्सताल सें नहीं होगी। को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारो इस 🔰

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Mr. Lakshmipathi Dr. Nagesh B N Manage Manage Stamped Authorised Signatory
(Name Designatory Stamped Stamped Signatory
16/M. Thimpedias with Signatory

16/M. Thimpedias with Signatory

16/M. Thimpedias with Signatory ऑपरेशन की तारीख Consument, Medical Superintendent Comes, Saterett & Refractive Surger InstNume of Disarrege. No. with Stamp) A 1104 के विशेषात व्यापना करवासि अपनित्या Miller Tank 6. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ता**धर** 2