

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
<b>APPLICATION No. :</b> आवेदन संख्या :		<b>APPLICATION DATE :</b> आवेदन तिथि	
<b>NAME of APPLICANT :</b> आवेदक का नाम		<b>AGE-YEARS</b> आयु-वर्ष	
<b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> पिता/हठुस के नलन		<b>SEX</b> लिंग	
<b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवासलय पता		<b>MARRIED</b> (वलणवलत) / <b>UNMARRIED</b> (अवलणवलत)	
<b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS</b> स्थाय आवासलय पता		<b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> कुल वार्षिक आय	
<b>OCCUPATION :</b> व्यवसाय		<b>Attach Proof of Income</b> (आय का साक्ष्य सलतन)	
<b>IN No.</b> स्वायड खाना संख्या		<b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE</b> (Tick whichever is applicable): क्या आय आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का चलचलन लगावे)	
<b>Sr. No.</b> क्रम संख्या		<b>Name of Family Member</b> परिवार के सदस्यों का नलन	
<b>Age (Years)</b> उम्र (वर्ष)		<b>Gender</b> लिंग	
<b>Relation with Applicant</b> आवेदक के साथ सम्बन्ध			
<b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE</b> (Tick whichever is applicable) सहायता के ललये वलनतल आधार			
<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलतन करो)		<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलतन करो)	
<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलतन करो)		<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य	
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> सहायता हेतु कलये गये वलनतों का उद्देश्य:			
<b>Sr. No.</b> क्रम संख्या		<b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b> अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सलतन	
<b>Diagnosis</b>		<b>RE - Cataract</b> <b>LE - Cataract</b>	
<b>Surgery</b>		<b>RE - Cataract Surgery</b> <b>LE - Cataract Surgery</b>	
<b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कलसी अन्य स्रोत से ललला गया हो?			
<b>Sr. No.</b> क्रम संख्या		<b>NAME of OTHER SOURCE</b> अन्य स्रोत का नलन	
<b>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</b> एतल गई सहायता राशी		<b>Amount</b>	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/यह दूरदर्शन से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से 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 वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकृत/सफल हेतु समुचित नहीं किया जाय तो हमें समझता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण प्राप्त होती/पावले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह समझा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होता एवं हस्पताल को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने खर्चे की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Prathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes &amp; Eye Care

(A Unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

8/8/24

Dr. Lakshmi Dorennavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

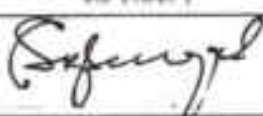
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

