

|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                                                          | <br>Koshika<br>Foundation<br>Building block of life |  |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : B/0725/1128                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 10/4/21                                                                            |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Young Khan                                                                                        |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>58                                                                                            | SEX लिंग<br>m                                            | <br>pup - pup<br>1128 - Young Khan                  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्भ का नाम S/o Fakhrulla Khan                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>Kushal Nagar, E.G. Halli, Bangalore<br>Karnataka                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>[Signature]                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Coolie                                                                                                        |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 18000/-                                                                                       |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                  |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| PAN No. सवाई खाता संख्या                                                                                                              |                                                                                              | YES / NO<br>हां / नहीं                                                                                              |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)         |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग                                           | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                          | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्ययपिका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                              |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| 1                                                                                                                                     | Diagnosis 1- RE - mature cataract<br>LE - cataract                                           |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| 2                                                                                                                                     | Surgeon's RE - cataract + p. [unclear]                                                       |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशी |                                                                                                                                        |  |
| 1                                                                                                                                     | DBCC                                                                                         |                                                                                                                     | [Signature]                                              |                                                                                                                                        |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन आसपास सत्य बात है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पट गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्त्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्य से सुदृढ़ पत्रिकाओं और उपचारिकाओं के लिये किसी भी प्रकार का प्रसारण करने से लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के फल या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पट्टा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकृत/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त्यता द्वितीय पट्टा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Dr. M. SANTHIA MBBS**  
MS Consultant Ophthalmologist  
Bangalore Diabetes & Eye Hospital  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)  
Vasanthnagar, Bangalore - 52  
Phone No. 91557

**Mr. LAKSHMIPATHI N**

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES &amp; EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore - 52

Phone No. 91557

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2