

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  |  | (Healthcare)  |  | Koshika foundation                           |  |
|--|--|---|--|--|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप  |  | (स्वास्थ्य देखभाल)  |  | Building block of life                       |  |
| APPLICATION No. : 810824/1183  |  | APPLICATION DATE : 14/8/24  |  |  |  |
| आवेदन संख्या :   |  | अवेदन तिथि  |  |  |  |
| NAME of APPLICANT : T. N. Resuka Kumar   |  | AGE-YEARS : 64  | SEX : M                                |  |  |
| आवेदक का नाम   |  |   |  |  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shlo Nanjundarich   |  |   |  |  |  |
| पिता/पत्न्य का नाम   |  |   |  |  |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Thandurga at post, Dabbeghatta mobile.   |  |   |  |  |  |
| वर्तमान आवासीय पता   |  |   |  |  |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Tumkur taluk, Kuvratukga   |  |   |  |  |  |
| स्थायी आवासीय पता  |  |   |  |  |  |
| OCCUPATION : unemployed  |  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |  | Proof post 1183 Resuka Kumar                 |  |
| व्यवसाय  |  |   |  |  |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 0  |  | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)                                     |  |  |  |
| कुल वार्षिक आय   |  |   |  |  |  |
| PAN No. :  |  |   |  |  |  |
| स्वास्थ्य खाता संख्या  |  |   |  |  |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):   |  | Yes / No हा / नहीं  |  |  |  |
| क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)   |  |   |  |  |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण  |  |   |  |  |  |
| Sr. No. क्रम संख्या  | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम   | Age (Years) उम्र (वर्ष)   | Gender लिंग                            | Relation with Applicant आवेदक से साथ सम्बन्ध |  |
| 1  | Manikumar  | 55 y  | F                                      | Wife   |  |
| 2  | Sumit Kumar  | 38 y  | F                                      | Son  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)   |  |   |  |  |  |
| सहायता के लिये विनति आधार  |  |   |  |  |  |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                 | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य |  |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:   |  |   |  |  |  |
| Sr. No. क्रम संख्या  | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                |   |  |  |  |
| 1  | Diagnosis:- RE Catract   |   |  |  |  |
|  | Surgeury:- RE Cat + PC   |   |  |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |  |   |  |  |  |
| Sr. No. क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी                                |  |  |  |
| 1  | DBCS   | 2000/-  |  |  |  |

**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 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि का आशंकित है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायक निधि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक निधि का उपयोग नहीं किया है, और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

**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 its Trustees to use/publish/post-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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, चिकित्सा/प्रक्रिया दूसरे उद्देश्य से नहीं गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक निधि के उद्देश्यों से प्रेषित है, प्रसारित, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं करेगा, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवृत्ति/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी, तो हमस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य संस्था/पत्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली गई सहायक निधि केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi N**  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thiruvanaiah Road, Miller Tank Road Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FRCS, FICO  
Consultant - Plastic & Refractive  
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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