

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : <u>N/1021/1228</u>		APPLICATION DATE : <u>8/10/2024</u>				
NAME of APPLICANT : <u>Lakshamma</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>55</u>	SEX लिंग <u>F</u>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>w/o Thimaiah</u>						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Singapura layout Singapore</u> <u>Bangalore North</u>						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता <u>same as above</u>						
OCCUPATION : <u>coolie</u>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>32000/-</u>			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. <u>स्थायी खाता संख्या</u>						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हैं / नहीं ☒ हां / नहीं ☐						
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 के साथ सम्बन्ध		
1.	<u>Thimmappa</u>	<u>62</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>		
2.	<u>Venkatiah</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>		
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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		
Any Other Basis/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/युक्त संलग्न					
1.	<u>Diagnosis</u> <u>RF- cataract</u> <u>LE- cataract</u>					
2.	<u>Surgery</u> <u>LE- cataract + PCTOL</u>					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
1.	<u>DBCS</u>		<u>2000/-</u>			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 its 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 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 स्मरति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्वू न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भविष्य में इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "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 प्रसारित है पूर्ण सत्य; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्वू उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 (LTI)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/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 और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मर्राते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर्रा हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मर्रा उक्त रोगी/मर्राते हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Nagesh B N

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shradha Eye Care T. on Behalf of Hospital)

16/16, Thimmlah Road, K. Nagar, Bangalore-560025

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2



