

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                         |                                                                                                                   | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                        |                                        | Koshika<br>foundation<br><small>Building block of life.</small>                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: N/1022/1229<br>आवेदन संख्या:                                                                                        |                                                                                                                   | APPLICATION DATE: 11/10/22<br>आवेदन तिथि                                                  |                                        |                                                                                                                                 |  |
| NAME of APPLICANT: Doddathayamma<br>आवेदक का नाम                                                                                     |                                                                                                                   | AGE-YEARS अनु-वर्ष<br>69                                                                  | SEX लिंग<br>F                          |  <p>p10op post op<br/>1229 Doddathayamma</p> |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Revaisha<br>पिता/कायस्थ का नाम                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता<br>Chamarajanagara Taluk, Tenkambadi<br>Chamarajanagara                                   |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता<br>Same as above                                                                         |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| OCCUPATION: Homemaker<br>व्यवसाय                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                          |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: -<br>कुल वार्षिक आय                                                                                             | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न करें)                                                              |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| PAN No. क्याई खाता संख्या                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)     |                                                                                                                   | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                    |                                        |                                                                                                                                 |  |
| 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 से संबंध                                                                                       |  |
| 1                                                                                                                                    | Revaisha                                                                                                          | 38                                                                                        | M                                      | Husband                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के निम्न बिन्दु 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>आय आय वर्ष प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपासीकरण कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |                                                                                                                                 |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:                                                       |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                               | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रोगग्रस्तता/डॉक्टर से जारी की गई उपचारात्मक सुझावें                     |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| 1                                                                                                                                    | Diagnosis RE- Cataract<br>LE- cataract                                                                            |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| 2                                                                                                                                    | Surgeries RE- cataract + p10DL                                                                                    |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं? |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो यह सहायता राशि                                   |                                        |                                                                                                                                 |  |
| 1                                                                                                                                    | DBS                                                                                                               | 2000/-                                                                                    |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |                                        |                                                                                                                                 |  |

**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 सत्य एवं सही नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, समर्थन एवं अन्य उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विज्ञापन की इच्छा के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सांगत/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 न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/चाहने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट इस को सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/चाहने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और सारे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                            |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/10/22</p> | <p><b>Dr. Nagesh B N</b><br/>Consultant, Medical Superintendent,<br/>Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery<br/>Institute for Diabetes &amp; Eye Care<br/>(Name of Dr. &amp; Rego. No. with Stamp)</p> | <p><b>Mr. Lakshmi pathi N</b><br/>Manager Outreach<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>(A unit of Shree Chhatrapati of Hospital) Ltd.)<br/># 16/M, Thimmarajapuram, Chennai - 600 036</p> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                              |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br/>न्यायीय हस्ताक्षर 1</p> | <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br/>न्यायीय हस्ताक्षर 2</p> |
|                                                              |                                                              |