

Masthi

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                               |                                           | Koshika<br>foundation<br>Building block of life |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| APPLICATION No.: N/1022/1278                                                                  |                                           | APPLICATION DATE: 18/10/22                      |                       |
| NAME of APPLICANT: Muniyamma                                                                  |                                           | AGE-YEARS: 80                                   | SEX: F                |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: A/o Sadappa                                                           |                                           |                                                 |                       |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kadadurahalli, Dadinayaksanadadi, Malur, Kolar, Karnataka - 563139 |                                           |                                                 |                       |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above                                                    |                                           |                                                 |                       |
| OCCUPATION: Unemployed                                                                        |                                           | MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)        |                       |
| TOTAL ANNUAL INCOME: -                                                                        |                                           | (Attach Proof of Income)                        |                       |
| PAN No. SDAI 1278                                                                             |                                           |                                                 |                       |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No                       |                                           |                                                 |                       |
| FAMILY DETAILS                                                                                |                                           |                                                 |                       |
| Sr. No.                                                                                       | Name of Family Member                     | Age (Years)                                     | Gender                |
| 1.                                                                                            | Shankarappa                               | 43                                              | M                     |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                |                                           |                                                 |                       |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                                   | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy)                       | Any Other Basis/Proof |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                          |                                           |                                                 |                       |
| Sr. No.                                                                                       | Medical Reports/Prescriptions Attached    |                                                 |                       |
| 1                                                                                             | Diagnosis                                 | RF - PCIOL                                      |                       |
|                                                                                               |                                           | LF - Cataract                                   |                       |
| 2                                                                                             | Surgery                                   | LF - Cataract + PCIOL                           |                       |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                                |                                           |                                                 |                       |
| Sr. No.                                                                                       | NAME of OTHER SOURCE                      | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED              |                       |
| 1                                                                                             | DBU                                       | 2000/-                                          |                       |



Preop 1278 Postop Muniyamma

**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 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) मैं द्वारा जो सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका 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 आंशिक या सफल विमर्श किसी अन्य स्रोत/प्रायोजक/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होए।

**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 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 फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव सहाय्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरे इलाज के पड़ने या बार-बार करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहाय्य का इकाया नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहाय्य 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 वित्तिय सहाय्य किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाए जाएगी/प्राप्त होगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनियमित/अधिकृत/अनुमति हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहाय्य के सम्बंध में सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा ही मरर उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य अन्य को सारे विमर्शों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई दबाव या विमर्श इस मामले में नहीं होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

18/10/22

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व इलाज का विवरण

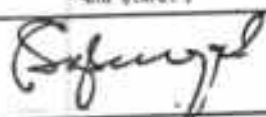
**Mr. Lakshmi N**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Koshika Foundation Trust)  
# 15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

