


| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | |  Koshika Foundation <small>Building block of life</small> | |
|--|-----------------------|--|------------------------------------|--|--|
| APPLICATION No.: N/1022/1346 | | APPLICATION DATE: 20/10/22 | | | |
| NAME of APPLICANT: Subbamma | | AGE-YEARS 60 | | SEX F | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Devappa | | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sundkupeta taluk Shimadapisa post. | | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above | | | | | |
| OCCUPATION: coolie | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) UNMARRIED | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/- | | (Attach Proof of Income) | | | |
| PAN No. XXXXXX | | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No | | | | | |
| FAMILY DETAILS | | | | | |
| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant | |
| 1 | Shivakumar | 37 | M | Son | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) | | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) | |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof | | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof | | | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: | | | | | |
| Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | |
| 1 | Diagnosis | | RE-Cataract | | |
| 2 | Surgery | | LE-Cataract | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES | | | | | |
| Sr. No. | NAME of OTHER SOURCE | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | |
| 1 | DBCS | | 2,000/- | | |

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 यहाँ 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस मदद का कोई भी भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार सौंपा जा रहा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, धारण/प्रकाशित करने के लिये उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा दिये गए विवरण को इस प्रकार प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" 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 हैं उनके लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

**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.
- इसमें अधिलेखित, हमारे द्वारा स्वीकृत/सिफारिश करने वाले के हस्ताक्षर/छाप के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करने की कोशिश करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश तक नहीं दी जाती है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज, सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|---|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/10/22 | Dr. Nagesh B.N. Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care Trust (A Unit of Koshika Foundation) KOC Hospital, 16/A, Thimphal Road, Mirzapur, UP. | Mr. Lakshminipathi N. Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) (A unit of Koshika Foundation) # 16/A, Thimphal Road, Mirzapur, UP. |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2 |
|--|--|