

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/1081/1361		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 22/10/21		 Pac-op Post op 1361 Yashodha- MMA	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Yashodamma		AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 56	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: Sidedegowda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Naganadoddi, Nivagilu, Mandya					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय: Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 32,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या: 					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / 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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 सूची संलग्न				
①	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract				
②	Surgery RE - Cataract + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE सी गई सहायता राशि			
①	DBCS	2,000/-			

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 प्रमाण से दिने गये सभी विवरण धीरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन आख्य जाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) धीरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका काउन्टरेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में धरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल-निपोकक/पीन्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके व्याख्यी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एकात्म न्यायी, राज, सचन/याद दुरारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रसंगित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एकात्म उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन के हस्ताक्षर या ओरों का पता

() LTI

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर इलाक़ों की ओर से मामले/पीसी को "कोशिका काउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधित्त सहायता किसी भी साक्षारी सम्मान या किसी अन्य उद्देश से उच्च श्रेणी/प्राप्तों में से लेने या ले रही है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्कर्षित/विहीन उच्च से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित्त अधिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षारी सम्मान या किसी अन्य सम्मान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च श्रेणी/प्राप्तों हेतु किसी भी साक्षारी सम्मान या किसी अन्य सम्मान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई मसाला केवल विविध प्रकृति की है। रोमी पर हमसल द्वारा दी गई मसाला का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव छोटी एवं हमसल से बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिखे हमसल में छोटी के इलाज सुझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोमी एवं हमसल की होती और "कोशिका" की कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

22/10/21

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A part of Shreebhag Eye Care)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम क्या है ?

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायसौ हस्त्याखर २

2020