

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतु आवेदन प्राकृत्य		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांकन)	Kashika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: लाइसेन्स नंबर:	N/1022/1379	APPLICATION DATE: प्राप्ति तिथि:	21/10/22	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Jayamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	62	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:	w/o Raju	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काँडगिल आवासीय घर		# 14, G. street, Shanthinagar, Bangalore Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय घर		Same as above.		
OCCUPATION: जनधारक:	Cookie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आवेदक का सार्व संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वर्ष	28,000/-			
PAN No. नियंत्रित नंबर:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): जी जाते जाए कर दाता हैं (जो मान्य हो इस पर सही का नियान लगायें)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Shum Kumar R	32	M	Son
2	Vinod Kumar R	33	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विचारित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल के लोने प्रमाण पत्र (इमाग या दो साल प्रीत संतान का)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनव जाप की प्रमाण पत्र (इमाग या दो साल प्रीत संतान का)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमाग या दो साल प्रीत संतान का)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साझा	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गए विचारी का उपर्युक्त:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनयता/टेलिकार में जारी गई गई प्रतिवेदन संघी संलग्न			
1	Diagnosis	RE-Cataract LE-Cataract		
2	Surgery	RE-Cataract + PCiol		
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जानी चाही संलग्न हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जी गई सहायता राशि		
1	DBGS	2,000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा घोषणा प्रकार:

- 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 हूं कि इस फॉर्म में निये गये मात्रे विवरण मेरी सहायता के लाभवाले राज्य सरकारी के लाभवाले राज्य सरकारी के लाभवाले हैं। यदि मात्रे विवरण एवं कारण लाभवाले राज्य सरकारी के लाभवाले मेरी सहायता विवरण की कारणताएँ हैं।
 - 2) मैं इस लेख सहायता याची "कोशिका फाउंडेशन", मेरी तरफ से है, उसका उल्लेख उसी बैंगनी की पूर्णी के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में लाभ लाया है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूं कि यह सहायता हेतु यह कार्यक्रम की गई है, उस तरीके का अधिकार यह सकल विवरण किसी लाभ द्वेष/निवारक/व्यापक कार्यक्रम में न तो निया है और न ही व्यापक में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेंट द्वारा करता)

- 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरे इसका यह अंगते की तात्पुरता, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसकी लक्ष्यसंगति" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रकार में घोषित है, ताकि "कोशिका" एवं नामी, राज्य, सहायता याची दृष्टिकोण से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी लाभ लायम् ये सम्बन्धित करने के लिये उपयुक्त है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण यों उत्तरवाच के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" यह सहायता लायित है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस तरह से सहायता हूं कि: मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतीक्षित है युक्ती सहायता सहायता का लाभवाले याची बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके लक्ष्यों का निर्णय लिया जाएगा वापसी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेंट के इनकाल का अंगते का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करता)

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.

इन्हीं अधिकृत, इसका अंगते की तात्पुरता में सहायता याची "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिन छात्रों में सम्बन्धित करते हैं।

- 1) यह कि यह तो सहीभाव और न ही व्यक्ति में विविध सहायता दियी जाए ताकि आप सहायता से उत्तम लाभों/योग्यताएँ में ले लें। यह कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणीय विवरणीय उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर ही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी जाए ताकि आप सहायता के लिये अधिकृत/व्यापक हेतु बन्दू बन्दू याची जाता है तो सम्बन्धित इन योग्यताओं का विवरण आप सहायता से ले लें। यह कि आप सहायता के लिये अधिकृत/व्यापक हेतु बन्दू बन्दू याची जाता है तो सम्बन्धित इन योग्यताओं का विवरण आप सहायता से नहीं ले सकते।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता के लिये अधिकृत होती है। यह कि हम इसका द्वारा ही यह सहायता याची अधिकृत व्यक्ति का बोझ सहायता का बोझ रखती है। इसलिये हमसहायता में योग्यी को इसका गुणात्मक और आप को कोई भावी विमर्शीय लंबी यह सहायता की बोझ और "कोशिका" को कोई युक्तियां या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
रखीकृती को लिए संस्कृति

Date of Surgery विक्रमांक को लागिए <i>21/07/22</i>	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shriya Eye Care Trust) KMDR, 2nd Floor, 101, Sector 10, Noida - 201301 Mobile: +91 98100 11123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shriya Eye Care Trust) on behalf of Hospital) HOTEL 111, Sector 10, Noida - 201301 Mobile: +91 98100 11123
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनावरक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।