## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE: APPLICATION No. : 2021 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : SEX लिंग AGE-YEARS SITE OF vashodhamma NAME of APPLICANT: 60 आवेदक का नाम Krishne golder FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/करुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Branka devarahall mahalla Posi of PREOP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 1492 - Yashedhanna Same ax culso us MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: ध्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 31000 (आय का साध्य संलग्न) बुल वार्षिक आय AN No. स्थार खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो पान्य हो उस पर सती का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Age (Years) Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साम सम्बध लिंग उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम क्रम् संख्या m CON Copala BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Capy) EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) Any Other **BPL Card** Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र यरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण 💷 🐿 छाया प्रति संसान करे। (भ्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की 🌿 प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या 01 00 Re- Cotomact + ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत्त का नाप क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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, flable 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विषरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पावा जाता है तो मेरी भहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांस "कोशिका फाउन्हेशन", से लो जा रही है, उसका उपकेग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्राश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य धोत/नियोजक/बीमा कम्यनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवरक द्वार करर)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की खाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आँधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याच्यप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आबेदक) इस बात से सहमत हैं कि पेरा नाप, एता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बवाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUM8 IMPRESSION : आवंदक के हस्ताक्षर या अंगुडे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्ताल 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 essistance 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की और से मामले/चेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
- 1) यह कि न तो वर्तमन और न ही मिष्ट्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कंत से उक्त रोगी/मायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित्त अग्निक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त ग्रेगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहायता कंपल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरयताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का दाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विस्मेदारी इस मामन में उसी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Consultant, Medical Superintendent, Comea, Cataract & Retractive Surgery Institute for Diabetes No. with stalling (A (Name of Pr. & Regn. No. with stalling)	Mr. Lakshmipathi N  Manager Outreach  (Name Periodical State of Acthorised Signatory  (A unit of Shradh Rehalf of Hospital) st)  16/M. Thirmmal Production State (a range of Acea
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
Seferigel		lete

in the matter.