APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE : APPLICATION No. : Building black of life N 14121 11 2021 148 X आवेदन संख्या : मावेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : Nagamma आवेदक का नाम 54 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hanumegowda पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपात आवासीय पता manhahall PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता PREOP POSTOP 1488 - NAGAMMA COME OCCUPATION: MARRIED (विदाहित) / UNMARRIED (अविदाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 28,000 कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) AN No. स्थार खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नही क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) লিণ आवेदक के साथ सम्बध SON M m MUY Anahda CON MA WOW BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपपोचना कार्ड गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ष प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम <u>सं</u>ख्या 100 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम σ CY90 1-

DECLARATION by APPLICANT: अववेदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) 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 & wilt 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 सरय पूर्व सही है। यदि कोई निवरण एवं कथन असत्य पाया जाना है तो भेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।

2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, तक्षका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोग/नियोजक/बीमा कय्यनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदका 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 denations 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.

!) इस प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगई की छाप लपाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कीशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में खेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, एका, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"क्रोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवंदक को स्वतास या अंगुठे का निरान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing bereunder, 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, in the extent that such assistance is grented by Koshika Foundation. If the requested assistance is not grented 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 & salety of the patient, and Koshika Foundation will have no rote or responsibility

in the matter.
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामस्रेरछेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिष्य्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्त्रोत से उक्त सेगी/मामले में लंगे या ले रहें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्त्रुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता संबे का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय पदद उक्त रोगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध से नही लेग/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गाँ सहायता केवल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्प्वाल द्वारा दी गाँ सलाई या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवाद नहीं है। इसलिये इस्प्याल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस जाएक में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Consultant, Medical Superintendent **Date of Surgery** Mr. Lakshmipathi N ऑपरेशन की तारीख Comea, Cataract & Rehabitive Surgery Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care Name Designation & State of AUthorised Signatory (A Wante of DE & Repli. No. Swith Stamp) (A unit of Shradd beliefte Oerspital) # 16AV, Thimmatel मन्द्रिक कांग्रेसी विभिन्न अधिकारी Area नीन व हस्ताकर व राज न आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताधर 1