Chennapille Koppalce

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) oshika सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात) foundation APPLICATION DATE: 2/11/2021 APPLICATION No.: NI 1121 1532 Building block of life आवेदन संख्या 🚦 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग chireadodamma आवेदक का नाम 70 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Madalah 0/W पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पत makanall 化え として ひくいひしょし pre op POST OP Haindurge PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 1532 Chikkadodamma ay OCCUPATION: makeen -tome MARRIED (বিবাছির) / UNMARRIED (अपिवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No L क्या आप आय कर दाता 🕯 (जो मान्य हो उस पर साही का निशान लगाये। हाँ / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Atlach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof परीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र टपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्त प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को 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: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न linanowy OCTO COUT-MONAIC & LE- catagract CUMO SUM ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी 11500 2000

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.
- nable for rejection canceration.

 2) I solumnly 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) Thereby 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.
- ाण स्वादना साठ 5555वतमार है कर पर प्रप्यापन के स्वादन करते. जानकारों के अनुसार स्कय एवं सही है। यदि कोई विदरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा रुकती है।
- 2) पेरे द्वाग जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से सी जा रही है उसका उपयोग उसी उदस्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करत हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मनिष्य में सूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 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 Koshike Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप स्ताकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोरो और जो जिवरण इस प्रपन्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वावना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्तिन्यों के लिये किसी में प्रसार प्राच्यम 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) में (अप्रवेदक) इस बात से सहपत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से क्रार्थित है पुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सन्दंघ में "कोशिका" युवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑत बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रतास या अपूर्व के जिला

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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not evall any duplicate essistance 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 & sefety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

हमारे अधिकृत, हस्ताहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वौत से इक्त रोगी/कामले में लेंगे था ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उनत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदद हेतु कि है। मिर "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित्त ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय पदद उन्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशर" से ली गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल हार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशर" हारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरहा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी सेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृषिका या जिप्पेदारी इस पापन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए सेस्तुति Dr. Nacoch B N Date of Surgery Mr. Lakshmipathi N Consultant, Medical Superintendent ऑपरेशन को तारीख Comea, Cataract & Refractive Surgery (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Ur. & Regn. No. with Stamp) (A unit of Shr on behalf of Hospital) 2/11/2021 # 16/M. Thimmer Red IX SPICE Allege of ball **"解析更明的不明明"** FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर 1