

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0825 / 1570		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 16/8/25			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Basavaraju		AGE-YEARS आयु-वर्ष 75		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Bonmarah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Analoguppe, tipstur, Tumkur Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता -----					
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।) 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 लिए 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) ✓ उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis BE - PCIOL LE - Cataract				

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी	
1.	DBCS			20/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा ज्ञापन 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.
- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)**

- आवेदक को इसासा या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSPITAL की ओर से)

(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.

1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठा ली/पावले में ली जा सके है, जैसे कि अपने "कोलिका पाउन्डेशन" में शिक्षण/विशेष उका के सम्बंध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिका/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा भरण उका ली/पावले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गई यथापता कोशक वितरण प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए इस्पताल में ऐंगी को इलाज सुरक्षा और अपने अपने की छारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
इश्वरीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. PREETHI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHIMPATIN N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
A unit of Shreebans Eye Care Trust)
Vasanthnagar Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 NAME: KARTIK I

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यामी इन्साफ 2