

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	3/0825 / 1570	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	16/8/05
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Basavaraju	AGE-YEARS वय-वर्ष:	75
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Bommaraju	SEX लिंग:	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता Analguppe, Tiptur, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता _____			
OCCUPATION: अवस्था:	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			
PAN No. स्थाई ग्राहक संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाय कर रहे हैं (जो माय औ उस पर सही का निश्चय लगाये):			
		Yes / No हाँ / नहीं	
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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिए किसी भी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) नीची टेका के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रीम संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मत्प्र आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रीम संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रीम संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर में आरोगी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	Diagnosis RE - PEROL LE - Cataract		
2.	Treatment RE CAT + PEROL		
3.	Drugs RE - Syringomy		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता 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 महायता राशि	
1.	DBCS	20/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 सहमति करता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिए सभी विवरण तोड़े जानकारी के अनुसार सत्य एवं चाही हैं। परी कोई विवरण यह काम अपने पास रखता है कि मेरे सहायता फिल्म की बाबत है।
  - 2) मेरे द्वारा कोई सहायता दाता "कोशिका फाउंडेशन", से नहीं की जाती है, उसका उपयोग उसी डॉक्टर की तृतीय को लिए विषय बनाया, जो इस प्रकार मेरा बना गया है।
  - 3) मैं पुरी करता हूँ कि जिस सहायता देने वाले प्रत्येक को गहरा है, उस परियों का अधिकार या सकात विभाग जिसे अब खोलनियोजित/दीक्षित करने से नहीं लिया है और वही भविष्य में रहता है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कार्य)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या लांघे की प्राप्त लकड़ाका, मेरे (आवेदक) जरनी सहायता की पुरी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकों" को अनिवार्य रखता हूँ कि मेरा नाम, पास, लांघे और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में खोलिया है, उसे "कोशिका" एवं जानकी, दाता, सहायता देने वाले उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रकार याप्तम् नहीं प्रत्याहित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इतने के बाद मेरे बाले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामांक संविहृत है।
- 2) मेरे (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पास, लांघे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्राप्तिया है युक्त स्वरूप सहायता वा डाकवाला नहीं बनाया। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकों का विवरण अधिक और बाबतीकर होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या लांघे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा कार्य)

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.

हमारी अधिकृत, सहायता की ओर से आवाहनीरूपी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने वाली विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सन्दर्भित करते हैं।

- 1) यह कि व ही वर्तमान और व ही अविष्य में विविध सहायता दियी गई सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्था से उसा ऐसी/साथी में लेने या देने है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवाहित/विवाहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हाउस कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकारी/सचिव देने वाली जाती है तो सम्बन्धित किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुरी तरह सहायता है कि अस्पताल हिस्तीय भरत उक्त एवं उपलब्धता देने की किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/देनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई सहायता के बाद विविध प्रकृति की है। यांत्री पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चुनाव देने वाले एवं हस्ताक्षर के दोष का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में दोनों के इतना सुझा और अनेकों की घटी विवेद्यता होने वाले एवं हस्ताक्षर में होनी और "कोशिका" भी कोई भूमिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति के लिए संमतुति

*Lakshmi P. B.K.*

**Mr. LAKSHMI P. B.K.**

**Senior Manager**

**OUTREACH-BANGALORE**

**DIABETES & EYE HOSPITAL**

**(A unit of Shrawan Eye Care Trust)**

**Vasant Nagar Bangalore-52**

Date of Surgery अंतिम संग्रह की तिथि  16/8/25	Dr. PREETHI B.K. MBBS, DGO, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Specialist in Diabetology & Endocrinology
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TNN FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION**

**(Name of Hospital/Institution/Department)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  <i>Sir</i>
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------