

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	131222/1615	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	5/12/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Lakkamma	AGE-YEARS: ६२-वर्ष	SEX: लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्रीमाता का नाम	w/o shivanna	62	1=
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पते		Pooyaripalya, Rangapura post, Tiptur Tumkur District, Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पते		— same as above —	
OCCUPATION: जोखावाय	Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मालिय संलग्न)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	—		
PAN No. स्थिर संख्या संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप आय का ज्ञात है (जो मात्र ही उम पर सही का विवाह होगा)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम् (वर्ष)	Gender लिंग
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिये विनाश आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाके प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास वाले द्वारा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाके ज्ञाप इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाके प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायाता हेतु किये जाने विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयतानिक दस्तावेज से जारी की गई अस्पताल गृही दस्तावेज		
①	Diagnosis RE cut coract LE cut coract		
②	Surgery RE RE cut coract + PC-IOL		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायाता कियी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED नीचे गई महायाता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 4) मैं बोलता हूँ कि इस प्रकार से लिए गए कठोर विवरण में जानकारी के अनुसार यह यह होता है: यदि कोई विवरण इस बजाए असत्य पाया जाता है तो मैं उसका फिराव को जो कहती है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता गरि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्णता के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में यथा नहीं है।
- 6) मैं द्वारा जाता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गाँधी का अधिकार के साक्षर विस्तृत विवरणीय अनुमति कामने के लिए लिखा है और वही विवरण में दृष्टी।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराय)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रपत्र पर याने हमसहाय या अंगठे की ताक ताक्कर, मैं (आवेदक) अपने सहायता की पूर्णता करता हूँ ताक "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जाति और जो विवरण इस प्रकार में भवित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, उम्र, सम्बद्धि इसी उद्देश्य से जुड़ी विवरणीय अनुमति के लिए जाती भी प्रसार याचार में प्रयोगित करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में युक्ति के बाहर से या बाहर से जारी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूँ कि मेरा नाम, जाति, जारी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोगित हैं जुड़ी भवतः सहायता का हक्काता नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अधिकारी या अन्य को अधिकृत होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हमसहाय या अंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हमसहाय द्वारा कराय)

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.

इसको अधिकृत, हमसहायी की ओर से याचारीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु मिलायित की जाती है, जिसे हम (हमसहाय) विष प्रकार से यथा व भविका करते हैं।

- 1) यह कि वह न ही याचारीय में विविध सहायता किसी तरीके से याचारीय सम्बन्ध का विस्तृत अप्य स्वीकृति से उभय रोगी/याचारीयाले में लेंगे या ले लें है, जैसे कि हमसे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं हेतु किया गया है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध आधिकारीयकाल हेतु मन्त्र लें किया जाता है तो अस्पताल कियो जाये गए सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता हेतु का अधिकार सुनिश्चित रहता है। यह पूर्णता में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्वयं उभय रोगी/याचारीयाले हेतु कियो गए सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लें यह सहायता बोकल विविध उद्देश्य की है: यहीं पर इससाथ द्वारा ही यह सम्बन्ध या विवेद तथा नामांकण/उक्तिया का युनायट देंगे एवं हमसहाय के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इससाथ इससाथ में रोगी के इकाई सुझा और अनेकों की सही विवरणीय देंगे एवं हमसहाय की होती है: "कोशिका" की कोई युक्तिका या विवरणीय इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए, संस्कृति

Date of Surgery शोरोल को तारीख 5/12/23	Dr. Laxmi Dorennavar - MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कॉलेज का नाम यह हमसहाय नं. ८८	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Ramachandra Hospital & Research Foundation, Bangalore, India)
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोक्त उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हमसहाय ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हमसहाय 2