APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation N/1121/1767 APPLICATION No.: APPLICATION DATE : 18/11/204 Building block at life आवेदन संख्या : आबेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : Nandashetty आवेदक का नाम てあ M 20 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sidda Shetty पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अववासीय पता PALLOA LUDEA PREOP POST of PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता 1767 - NANDASHETT Same 01 unemployee OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 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 whichover is applicable): Yes / No या आप आय कर एता है (को मान्य हो उस पर सहो का निशान लगाये। हाँ / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) उग्र (वर्ष) Sr. No. Name of Family Member Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग आवेदकु 🐧 साथ सम्बध semannia 60 uer BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Atlach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Altach Copy) Basis/Proof गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. Na. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जाते की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Jiganoly atronic ር ሲ ቁ ሺ ፍ/ለርተ weganeur Cafanact ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ 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 नाप ली गई सहायता राशी DAC

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.
- 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 घांचणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुस्तर सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्हेशन", से सी जा रही है, उसका उपलेग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- ्र 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस सारि। का आशिक पा सकल हिस्सा किसी अन्य सोक्तिनयोजक√बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करर)

- 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 Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर पा अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेश भाग, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में चौचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसास्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इताज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थतः सहायता का हकारार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताहर या अंग्रेड का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 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
- हमारे अधिकृत, हस्ताखरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से ठक्त रोगी/पमस्ते में लिंगे या से रहे है, कैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा यदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जना है तो अस्थाताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थताल दितीय यदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सायन से नहीं लेगा/तेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेशन" से ली गई सहासता केवल बिलिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाइ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दलब नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मृष्कित या जिस्मेदारी इस मामनाम नही होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की त्वरीख हि\\\\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Comea, Cataract & Refractive Surgary (Name of Dr. Regn. No. with Stamp) F (A state of the state of the state)	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name: Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Smon behalf of Hospital) 15/M. Thimman are seemed aftern afternion
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2