

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/1222/1920		APPLICATION DATE: 23/12/22 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Bibijan		AGE-YEARS आयु-वर्ष 72		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम w/o Ahmed					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता # 509 Angala Parameshwari Temple Road Bhadrappa layout, Kooligehalli, post-Bangalore					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय -				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis RF - Catamad LE - Catamad				
2	Surgery LE - Catamad + PCOL				
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 सी गई सहायता राशि			
1	DBLS	8000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन आधार प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशि नहीं ले रहा हूँ, जो मेरी या मेरी आजीवन या संभवतः किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

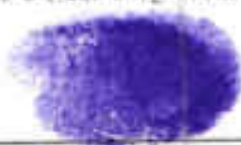
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सहित इस फॉर्म का उपयोग करूँगा एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से जहाँ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्बंध से प्रचारित करने के लिए प्रयुक्त है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे सम्बंध के पत्रों या पत्रों से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सम्बंधित हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत है, उसे प्रसारित करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई किसी भी जानकारी को स्वीकार नहीं किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकृति यह "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से प्राप्त न कर सकेंगे।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रसारित नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म में प्रत्यक्ष कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु प्रसारित नहीं किया जा रहा है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय सहायता ही होगी। हमारे द्वारा प्रसारित किया जा रहा है कि हमारे द्वारा प्रसारित/स्वीकृति का चुनाव हमारे द्वारा प्रसारित/स्वीकृति का चुनाव है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा प्रसारित/स्वीकृति के द्वारा प्रसारित/स्वीकृति और अन्य स्रोतों की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे द्वारा प्रसारित/स्वीकृति की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/12/22	 Dr. Lakshmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) MBBS, MS, FRCS (O), FICO Consultant - Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Manager Outreach Institute for the Blind (A unit of Sri Bala Eye Care Trust) # 16/M, Thimithan Road, Madurai
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2