

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0123/2054		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/1/23			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Jagadamba		AGE-YEARS आयु-वर्ष 72	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम W/o Mari Muthu					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Vinhnamagar Huts Bast Side Bangalore, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 2054 Jagadamba			
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 चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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 सम्बंध	
1	Mari Muthu	64	F	Wife	
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 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) उपभोगिता 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 RE - cataract LE - cataract				
2	Surgery LE - cataract + PCIO				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता पुरानी		
1	DBLS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त होने पर, इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं हूँ, इस सहायता का उपयोग या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सृष्टा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

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 fulfillment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके पार्षदों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, जो "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन, फाउन्डेशन द्वारा इच्छित से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न पर सहमत होने के बाद भी मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व पार्षदों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है खुले स्वतंत्रता का हकदार नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन, फाउन्डेशन और इसके पार्षदों को अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या बाएँ पैर की छाप:

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कल)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यतापत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य सहायता किसी और सहायता कोष या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पाने में नहीं जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय/वित्तिय सहायता के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने हेतु प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने हेतु प्रस्तावित किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता कोष या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तिय सहायता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें यह स्पष्ट करना है कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने के दौरान चुनने और करने वाले को सही विनियमों के एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुविदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/1/23

Dr. Laxmi Dorennayar
(Name of Dr. & Designation)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
RMC No. 13244

Mr. Lakshmi Prathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Manager Outreach
Koshika Foundation
(A Unit of Shri Chaitanya Charitable Trust)
F-11/4, Thirumala Nagar, Bangalore - 560017

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2