

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>"Building block of life."</i>	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		N/0123/2064		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Nanjamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				65	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम					
W/o Hucchappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता					
Hullinabalk, Nagadi Taluk, Ramanagar					
Kannataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Home maker					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
-					
PAN No. स्याई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बंध	
1	Hucchappa	66	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis RF - Catarract LF - Catarract				
2	Surgery RF - catarract + 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 लेी गई सहायता राशी		
1	BACS		2000/-		

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।

3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या समकल हिस्सा किसी अन्य प्रोएन्टिमेन्सकाइनस कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, दण्ड, साक्षरता/दुरुपयोग के सुदृढ़ प्रतिबंधों और उपस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके वे प्रश्न का हमें ज़रा निम्न



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इस्पात की ओर से चालू-चंगी को "कोशिका पाठ्यक्रम" में विधि सहायक हेतु लिखित की जाती है, जिसे हम (इस्पात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंगी/पापले में लगे या ले रहे हैं, नैसी कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय नगर उक्त ऐंगी/पापले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐंगी पर सम्पत्ति द्वारा लेी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रयुक्त ऐंगी एवं सम्पत्ति से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये सम्पत्ति में ऐंगी को इस्तेमाल सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं सम्पत्ति की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/23	 Dr. Lakshmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ऑपरेशन की जाने वाले इलाका का डॉक्टर Consultant - Plastic & Refractive	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Service of Koshiika Foundation) # 15/M, Thimmapada, Gurgaon, Haryana 122001 जिन व पर इसका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	