

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                            |                                                                                                                                  | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                       |                                                            |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>APPLICATION No. :</b><br>आवेदन संख्या : <span style="font-size: 1.2em;">N/0123/2066</span>                                                                                              |                                                                                                                                  | <b>APPLICATION DATE :</b><br>आवेदन तिथि : <span style="font-size: 1.2em;">13/1/23</span>                                 |                                                            |                                                  |
| <b>NAME of APPLICANT :</b><br>आवेदक का नाम : <span style="font-size: 1.2em;">Mallamma</span>                                                                                               |                                                                                                                                  | <b>AGE-YEARS</b> उम्र-वर्ष : <span style="font-size: 1.2em;">74</span>                                                   | <b>SEX</b> लिंग : <span style="font-size: 1.2em;">F</span> |                                                  |
| <b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b><br>पिता/सहोदर का नाम : <span style="font-size: 1.2em;">W/o Borafah</span>                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवासीय पता :<br><span style="font-size: 1.2em;">Raghavendra Colony, Kumpale</span><br><span style="font-size: 1.2em;">Ramanagar, Karnataka</span> |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> स्थायी आवासीय पता :<br><span style="font-size: 1.2em;">Same as above</span>                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| <b>OCCUPATION :</b><br>व्यवसाय : <span style="font-size: 1.2em;">unemployed</span>                                                                                                         |                                                                                                                                  | <b>MARRIED</b> (विवाहित) / <b>UNMARRIED</b> (अविवाहित) : <span style="font-size: 1.2em;">MARRIED</span>                  |                                                            |                                                  |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b><br>कुल वार्षिक आय : <span style="font-size: 1.2em;">-</span>                                                                                                  |                                                                                                                                  | <b>(Attach Proof of Income)</b><br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                                           |                                                            |                                                  |
| <b>PAN No.</b> स्थायी आयकर संख्या : <span style="font-size: 1.2em;">-</span>                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE</b> (Tick whichever is applicable):<br>आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : <span style="font-size: 1.2em;">Yes / No</span>         |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                     | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                                                | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                               | Gender<br>लिंग                                             | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध  |
| <div style="font-size: 2em; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;">/</div>                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>एपीबी कार्ड के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                        |                                                                                                                                  | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                            | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                     | <b>Medical Reports/Prescriptions Attached</b><br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न                              |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| 1                                                                                                                                                                                          | <b>Diagnosis</b><br><span style="font-size: 1.2em;">RF - Cataract</span><br><span style="font-size: 1.2em;">LE - Cataract</span> |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| 2                                                                                                                                                                                          | <b>Surgery</b><br><span style="font-size: 1.2em;">LE - Cataract + IOL</span>                                                     |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                            |                                                  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                     | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि                                                                  |                                                            |                                                  |
| 1                                                                                                                                                                                          | DBCS                                                                                                                             | ₹ 2000                                                                                                                   |                                                            |                                                  |

**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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हाइडर/बोर्ड/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्तान्तरण के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 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 ओर से योग्यता के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकतम हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मरदा उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तान्तरण और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए प्रस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

13/01/23

Dr. Laxmi Dorannavar  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर करने वाले

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION  
अन्तरिक उपयोग हेतु

Mr. Lakshmi Pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
(A unit of Shree Chaitanya Hospital & Health Care Pvt. Ltd.)  
जहाँ से यह सहायता माँगी जा रही है

SIGNATURE OF TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2