

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप   |   | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य रेखापाल)   | <br>Building block of life. |   |
|--|---|---|--|---|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या :   | B/1024/2090   | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि:  | 29/10/24   |   |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम   | Hanumathamma 70   |   | AGE-YEARS वय-वर्ष  |   |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/स्त्री का नाम  | Balurasette   |   | SEX लिंग   |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान  | लोथ्मल्ली<br>Balsurasette, Tipper Taluk<br>Kurnool district, Karnataka  |   |  |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई वासस्थान  |   |   |  |   |
| OCCUPATION:<br>व्यवाहार  | Home Maker  |   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)   |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक वय   |   |   | (Attach Proof of Income)<br>(जाय का साध्य संतान)   |   |
| PAN No. स्थाई स्थान संख्या   |   |   |  |   |
| *ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>या जाय अस्य कर दाता है (जो मान्य डो उम्स पर सही का निशान लगाये।)    |   |   |  |   |
| Yes / No<br>हाँ / नहीं   |   |   |  |   |
| FAMILY DETAILS: परिवार विवर  |   |   |  |   |
| 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 व्यवध |
| <i>[Large empty table area for family details]</i>   |   |   |  |   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये चिन्हित आधार  |   |   |  |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की जाय प्रति संतान को)                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>लाल अम एवं प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की जाय प्रति संतान को) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की जाय प्रति संतान को) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साधन   |   |
| PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:  |   |   |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>जल्दीतात्पुरीकरण से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न                    |   |  |   |
| ①  | Diagnosis - LF - cataract<br>LF - cataract  |   |  |   |
| ②  | Category - LF - cataract + poset  |   |  |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु किसी अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |   |   |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                               |  |   |
| ①  | DSC   | 2000/-  |  |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सच एवं जहां है। परि कोई विवरण ऐसे कामन असाध्य पाया जाता है तो मेरी महाप्राप्ति निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महाप्राप्ति गर्ति "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस महाप्राप्ति हेतु यह जमानत की गई है, उस गति का असिक्य या मकान हिस्सा किसी अन्य छोटी/नियोजित/बीम कामनी से न तो बिल्कुल है और न ही खतियां में नहीं।

**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 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 दस्तावेज़ का अन्त में इसका या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जापानी महाप्राप्ति की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, जोड़ी और जो विवरण इस प्रकार में खोलिया है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, राज, सामनाजीक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार पायथय से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। नोट: प्रत्येक का विवरण ये इतनाब के बहाते या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बताते हैं कि मेरा नाम, पता, जोड़ी और विवरण जो कि महाप्राप्ति के उद्देश्यों में प्राप्तिया है मुझे स्वतः महाप्राप्ति का हकदार नहीं बनाता। इस जमानत में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बदलकर्ता होता।

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

आवेदक का हस्ताक्षर वा अंगठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (इस्पत्तल 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.

इन्हें अधिकृत, इस्पत्तली भी अंत में गामलेटोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महाप्राप्ति हेतु विधायिका की जाती है, जिसे हम (इस्पत्तल) निम्न प्रकार में ज्ञाकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोईमान और न ही भावितव्य में वित्तीय महाप्राप्ति किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था में उक्त एंगेजी/मामले में होती या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय विधायिका उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। परि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाप्राप्ति विधायिका/सकास हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है यो अस्पत्तल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में महाप्राप्ति लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पत्तल इंटीग्रेटेड मदर उक्त एंगेजी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेते नहीं महाप्राप्ति कोकल वित्तीय प्रकृति की है। योगी पर इस्पत्तल द्वारा ही गई महाप्राप्ति का भुकाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इससिये इस्पत्तल में योगी के इतना सुखा और अनेक जाने की सारी विष्मयोंही योगी एवं हस्ताक्षर की होती है। "कोशिका" की कोई पूर्यिका या विष्मयोंही इस गामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Mr. Lakshminipathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name/Designation/Title of Authorised Signatory)

\* 16/M, Thimmiswadi Road, Bangalore, India

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत विधिकारी

|  |  |  |
|--|--|--|
| Date of Surgery<br>अंगठेन की तारीख<br>29/02/24 | Dr. Laxmi Dorennavar<br>• MBBS, MS, FPRS, FICO<br>Consultant & Registrar in Diabetology<br>काम्पस KMC Netaji 98244 | FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION |
|--|--|--|

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2