

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N10123/2244		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 25/01/23			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Yashodhamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम w/o Murugesha					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Sumithra Building, 5th cross, Appaiahswamy Layout Utharahalli, Koratola					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई 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. स्पष्ट खाली रखें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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	Hemanth Kumar	24	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेश का 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) उपभोक्ता 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 RE - Cataract LE - PCIO L				
2	Surgery RE - cataract + PCIO L				
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 सही गई सहायता राशी		
1	DBLS		15000/-		

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 पर कतार है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था।

3) मैं यहाँ पर कतार है कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस एवम् या अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/कम्पनी से न ली जाय और न ही भविष्य में ली जाय।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अध्यापक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि ये वेग, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" धर्म न्यासी, धर्म, वाचस्पत्य दूधों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उल्लंघनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिभूत है। मैं प्रश्न का विवरण में उल्लेख के पत्रों या चर्चा में करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" व न्यासी अधिभूत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

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 अधिकांश, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका परामर्श" से विविध सहायता हेतु सकारित की जाती है, जिसे हम (इन्फार्म) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि य तो संविधान और य ही अधिकार में विहित रहायात किसी रौर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोर/प्राप्त में सेने या लेने है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-वेरेशन" से सिजारीश/विनिहित उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाठ-वेरेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-वेरेशन" द्वारा सहायता विनिहित अशिक्षा/सकल हेतु मरजु नही किया जाता है तो अरपयात किसी अन्य रौर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अरपयात द्वितीय मरद उक्त रोर/प्राप्त हेतु किसी रौर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नही लेने/लेगी।

2. "बोशिका काउन्डेशन" से तो यह साहायता कोन विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमसात द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमसात से बीच का विषय है और "बोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये हमसात में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसात की होती है और "बोशिका" को कोई परीक्षा या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अभिप्रेक्षण की तारीख

25/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name) **MBBSMSEPHSICO**

Conductivity and Refractive

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp Of Authorised Signatory
(A unit of Service on behalf of Hospital))

1674. Thien... Top Red Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्यसौ इन्द्राय ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इन्स्टाणर २