

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप						
			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation "Building Block of Life"		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		N/0223/2297	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		03/02/23	
NAME OF APPLICANT: अर्शदक का नाम			kempamma	ADE-YEARS अनु-वर्ष	AGE	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हनुमण्डल का नाम			w/o Nanjappa	60		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पत्ता						
Melnayalagani, Mainakur, post.						
Dabbighatta Hobali, Tumkur Taluk, Tumkur Dist.						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पत्ता						
Same as above						
OCCUPATION: उद्योगधर्या	Home maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य सिलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	-					
PAN No. PAN नं.	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर शेष हैं? (के मान्य हो उस पर सीढ़ी का निश्चय लगाये)					
Yes / No हाँ / नहीं						
Sr.No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिङ्ग	Relation with Applicant अर्शदक से सम्बन्ध		
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गीरी रक्षा के नीचे उपाय एवं (प्रमाण एवं की कृपया प्रति सिलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपाय एवं (प्रमाण एवं की कृपया प्रति सिलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रणभाक्का कार्ड (प्रमाण एवं की कृपया प्रति सिलग्न करें)	Any Other Basis/ अन्य कोई कारण			
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:						
Sr.No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सिलग्न					
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract					
2	Surgery RE - cataract + p.u.s					
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 लेई गई सहायता राशी		

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 प्रकरण 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) मैं इस घोषणा के साथ "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रयोजन की गई है, इस राशि का आंशिक या संपूर्ण विन्यास किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, राश, सचपत्र/च दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चारों से कर ले के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे-एंगी की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त एंगी/पावले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। एंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में एंगी के इलाज सुरुआत और अगले चरण की सभी जिम्मेदारी एंगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager, Outreach

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राप्त हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्त हस्ताक्षर 2

[Signature]