

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                         |                                                   |                                                                                                                     | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                             |                                                                                             | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या :                                                                                                                   |                                                   | B/0224/2411                                                                                                         |                                                                                                | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि : 8/1/24                                                    |                                                                            |  |
| NAME OF APPLICANT:<br>आवेदक का नाम                                                                                                                   |                                                   |                                                                                                                     | Ninga Char                                                                                     |                                                                                             | AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80 SEX लिंग : M                                       |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/हस्ता की नाम                                                                                                         |                                                   |                                                                                                                     | S/o Chandara char                                                                              |                                                                                             |                                                                            |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पत्ता                                                                                                  |                                                   |                                                                                                                     | Seegahalli Turuvekere taluk Tumkur karnataka                                                   |                                                                                             |                                                                            |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पत्ता                                                                                                  |                                                   |                                                                                                                     | Same as above                                                                                  |                                                                                             |                                                                            |  |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय                                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     | Unemployed                                                                                     |                                                                                             |                                                                            |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br>(Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य सौंपने) |                                                                                             |                                                                            |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                                           |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करावे): Yes / No हाँ / नहीं |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| 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 से संबंध                                                   |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए किसी आधार                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें)                                            |                                                   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें) |                                                                                                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगकर्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें) |                                                                            |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| “PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                                                                 |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो अंग्रेजी में दी गई है                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| 1                                                                                                                                                    | Diagnosis      Rt Cataract<br>LE Cataract         |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| 2                                                                                                                                                    | Surgery      Rt Cataract + P.IOL                  |                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                             |                                                                            |  |
| 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>लेई गई सहायता राशि                                    |                                                                            |  |
| 1                                                                                                                                                    | DRG                                               |                                                                                                                     |                                                                                                | 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 प्रकरण में दिए 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा 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 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पात्रता/व्यक्तिगत उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "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 उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे 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 सम्पले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/संकलन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेफालेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रेषित वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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 इलाज सुरक्ष और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Lakshmi Dorennavar

Manager Outreach

Institute for Dr. Laxmi Dorennavar &amp; Eye Care

(A unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust)

# 16/M, Thimmiah Road, Miller Jewellery Area

on behalf of Hospital

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant & Photo & Refractive  
KMC No: 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2