APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: आयंदर संख्या : 9/2/24 आबंदप गिथी NAME of APPLICANT AGE-YEARS ont-ut Shivamma SEX SIN आसंपन का जान 60 F FATHER'S/SPOUBE'S NAME: Lillo Kanchirayappa भिक्त/मञ्जूष्य का याम PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHEN JUNE 19 19 Bornene nat Caruye Kere PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1407 SOURCE VIII POST OP PreoP as above 2:00m.6 Shivamma OCCUPATION: **WINKER** MARRIED (THIRRY) / UNMARRIED (HRIER) TOTAL ANNUAL INCOME. (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आप (आय का साध्य संतम्ब) PAN No. 1407 NOT HOST ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever in applicable) Yes / No. वा आए आब कर दाता है (जो मान्य हो इस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS WITHIN TIPPOT Sr. No. Name of Family Member Age (Yeurs) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों कर नाम उप (पर्प) विशंग आयंदक के माध सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महाबक्त के लिये विनीत आधार BPL Card EW5 Certificate Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Cepy) Any Other Basis/Proof (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीबें प्रमाण पत्र अल्ड अरव धर्ग प्रमाण पत तपभोक्ता करहे अन्य कोई साक्य (प्रधान पत्र की प्राप्त प्रति संस्तर करें) (प्रयाण पत्र भी सामा प्रति संसाद करे। (प्रमान पत्र भी प्राप्त प्रति शेलन करे) PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सप्तामक हेतु किये गये दिनती का उत्हेहय: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संस्था अस्पताल/विषटर में बारी भी गई प्रतिवेदन सूची संसान ingnosis ungery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस प्रदूरेण में हेतु कोई अन्य महायश फिसी अन्य स्वीत से दिखा गया हो? St. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य शर्वत का नाम ली गई सहायत राषी DBC 2000

DECLARATION by APPLICANT: SERVE BRI STITUTE TO:

- 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.
- was requested by the.

 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 धोषणा करता हूँ कि इस सक्ता में दिये गय सभी विकास मेरी जानकारों के अनुसार सन्य एवं सबी है। यदि कोई विकास एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सरक्षक राजि "काशिका फार-चंडार", में तरी का रही हैं, उसका प्रपूर्णण प्रभी उद्देश्य की चूर्ति के लिए किया आयेगा, को इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि काल है कि विस स्थापत हेतु यह प्रार्थना की गाँ है, उस शांत का अशिक या सकत दिस्सा किसी अन्य सोतानियोककाश्रीमा कम्मनी से न तो तिथा है और न ही पविषय में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंगक प्रात करा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत्र पर अपने इस्तावार या अंगर्ड को वाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "क्षोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फात, फोटो और जो विकास इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "क्षोशिकर" एकम् न्यासी, राम, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिकिथियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रश्नार याच्याम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। येर प्रयत्न का विकास मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "क्षेशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंत्र नम, पता, फोटो और विवास जो कि स्वायत के उर्देश्यों से प्राधित है पुझे स्वत: सहायता का हकशार नहीं बचताः इस सम्बंध में "कॉरिका" एकम् उसके नासियों का निर्णय औतम और कथ्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवरेटक को हरनाक्षर या अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शम्बाल 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:

Hospital) hereby aftern a 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.

ा the matter.
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" के वित्त मान्य के तो तित हमारे "कोशिका फाउन्टेशन"
हो कि न तो वर्तनाथ और न ही घोषण्य में वितिय सहायता वित्ती गैर सरकारी संस्था का उन्होंगन" द्वारा सहायता वित्ती अस्पताल के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मार्थ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता वित्ती अस्पताल कि सामलाल कि सम्बर्ध का जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उन्हा रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामल से सहायता लेने का अधिकार सुर्वाधन रहा पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उन्हा रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंचल वितिथ प्रकृष्टि की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा की गई सलाह मा किये गये उपचारप्रक्रिया का पुराब सेली एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई राज्यप नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE इवीक्ती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. Laxmi Dorennavar Mr. Lakshmipathi N ऑफोशन की तारीख Manager Outreach (Number, Designation & Starte of Authorised Signatory MBBS, MS, FPRS, FICO on behalf of 1103 Committeens Rehaloovito Refractive नाम व पद हम्पतान ऑप्ट BECKME NAMEDOZ43 जानारिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्तासर 2 व्यामी राज्यका ।