

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                          | (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)                                                                   |               | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                   |                                                                                                | 810224/2485                                                                                                       |                          | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                              |               | 13/2/24                                                                                                                                                      |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                                   | AGE-YEARS :<br>वर्ष-वर्ष |                                                                                               | SEX :<br>लिंग |                                                                                                                                                              |  |
| Siddharaja nayaka                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                                   | 604                      |                                                                                               | m             |                                                                                                                                                              |  |
| FATHER/DISPOUSE'S NAME :<br>पिता/वधू का नाम                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 310 Basava nayaka                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास स्थान                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| Berambadi, Gundlupet taluk,                                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| Chamarajanagera district Karnataka                                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| Coolie                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                   |                          | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                      |               |                                                                                                                                                              |  |
| 28,000/-                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                                   |                          | [X] (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                   |               |                                                                                                                                                              |  |
| PAN No. :<br>आय का साक्ष्य संख्या                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 'X' का निशान लगाएं)      |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| Yes / No<br>हाँ / नहीं [X]                                                                                                            |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 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 के साथ सम्बन्ध                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                     | mangalamma                                                                                     | 854                                                                                                               | F                        | wife                                                                                          |               |                                                                                                                                                              |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनियमित आधार                                         |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| [X] BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                       |                                                                                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                          | [X] Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |               | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                                    |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:                                                       |                                                                                                |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों के सुची संलग्न |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                     | diagnosis ————— RF cataract<br>LE cataract                                                     |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                       | surgery ————— RF cat + p.c.c.h                                                                 |                                                                                                                   |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 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>कौन सी सहायता मिली                                                          |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                     | DB CS                                                                                          | 2000/-                                                                                                            |                          |                                                                                               |               |                                                                                                                                                              |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषण 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं काल्पनिक जवाब दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं झुठला जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उभी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य संगठन/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया।

**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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोयोग, पत्र, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोयोग 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 पूर्णतः सहायता का इकट्ठा करने के लिये है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनोद उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकारा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी छाप या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach(Authorized Signatory for Financial Assistance on behalf of Hospital)  
(A unit of Shree Krishna Hospital Pvt. Ltd.)

# 16/M, Thimmarajapuram, Bangalore - 560024

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
(Consultant - Phaco & Refractive)  
KMC No. 90244**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोयोग हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोयोग हस्ताक्षर 2