

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building touch of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: N10223/2541		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 21/2/23		 preop postop Yallamma 2541	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Yallamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्न्या का नाम: N/o Venkatappa		SEX लिंग: F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता: Nidamakarahalli, Kolar, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker		MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. पत्राई खाता संख्या: -					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / 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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किन्ने 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 Cataract				
2)	Surgery LE Cataract + P.I.O.L				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

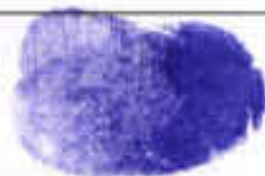
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन रिफ्ट की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आशा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में, न ही वर्तमान में, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करता)

- 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/post-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, पोटो तथा दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उपलब्ध है, उसके बाद, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

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

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा नीचे दिये गए अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तीय मदद के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता से न मिलेगी, तो हमारा अधिकार होगा कि हम उसी उद्देश्य के लिए अन्य स्रोत से सहायता ले सकें। यह पुष्टि करने के लिए कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा अधिकार होगा कि हम किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकें।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। हमारे द्वारा सहायता का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO

Consultant in Plastic & Refractive

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

Institute for Ophthalmology & Eye Care
(A Unit of Shree Krishna Eye Care Trust)
1st Floor, 1st Cross, 1st Main Road, 1st Main Road, 1st Main Road
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2