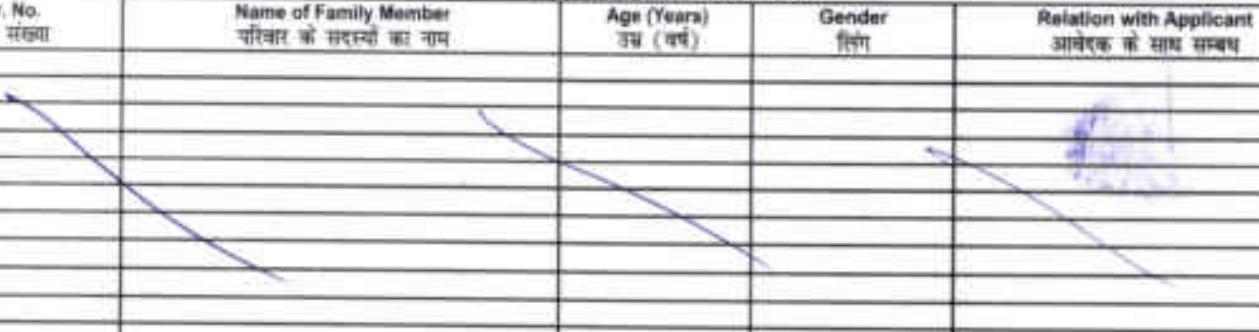


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B1122412668	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	5/12/21	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Chikkagoudamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Bellappa	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता: Hengala, Gundlupete, Chamarajanagar, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थान आवासस्थान पता: — II —		
OCCUPATION: अवस्था:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवितातित) (Attach Proof of income) (आप का मासिक संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—			
PAN No. स्वचालित संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): ○ आप आय जट दाता हैं (जो मासिक तरीके से विभाग लगाये)				
Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित अधार				
BPL Card (Attach Card Copy) <input checked="" type="checkbox"/> गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अमाल पत्र की ओर प्रति मालिन जारी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल जल वर्ण इमारत पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति मालिन जारी)	Ration Card (Attach Copy) <input checked="" type="checkbox"/> उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्रति मालिन जारी)	Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/> अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रायोगिक सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract			
2.	Surgery LE CAT + PCGT			
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 AWAILED लोग गई सहायता राशि		
1.	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** ज्ञानेन्द्र द्वारा पोषण परः

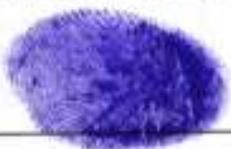
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पोषण करता हूं कि इस प्राकृति में दिये गये सभी विवरण मेंी जलवायी के अनुसार भव्य एवं सही हैं। यदि, कोई विवरण ऐसे कथन असत्य प्राप्त करता है तो मैंने जलवायी की जलवायी है।
  - 2) मैं द्वारा जो सहायता गिरा "कोशिका फाउंडेशन", में से जो जाही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में जाहा गया है।
  - 3) मैं युट्टि करता हूं कि विस महायाता हेतु यह प्राप्ति की गई है, तब यहि का अधिकार या ग्राहक विस्मा किसी अन्य घोषितियोंकीमा कम्पनी में न को लिया है और न ही भवित्व में सूची।

**AGREEMENT by APPLICANT** (ज्ञानेन्द्र 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्राकृति पर अपने जलवायी का जाहा लगाकर, मैं (ज्ञानेन्द्र) अपनी महायाता की पूर्णता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने नाम, पास, फोटो और जो विवरण इस प्राकृति में खोला है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, जलवायी तूम्हे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राकृति व्याप्ति में प्रयोगित करने के लिए, अधिकृत है। मैं, प्राकृति का विवरण में इनका को पहले या बाद में बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
  - 2) मैं (ज्ञानेन्द्र) इस जाहा से महायाता हूं कि मैंने जाहा, यह, फोटो और विवरण जो कि जलवायी के उद्देश्यों में प्रयोगित हैं मुझे सहज़ महायाता कर लकड़ा नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपरोक्त न्यासीयों का निर्णय अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

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

ज्ञानेन्द्र की जलवायी का अंगूठे का विषय



**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.

इसी अधिकृत, जलवायी की जाहा से महायाता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय जलवायी हेतु विकलानी की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिम प्रकार से बनाय व संविकार करते हैं।

1) यह कि न तो जामान और न ही नविकार में वित्तीय जलवायी किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उस ऐसी/व्याप्ति में लेंगे या नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकलानी/विनियोगी उसका के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से जलवायी लेने का अधिकार प्रूफ़िशन लेता है। इस पूर्णता में व्यक्त करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उसके ऐसी/व्याप्ति हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो गई जलवायी केवल वित्तीय प्रकृति की है। उगो पर हस्पताल द्वारा यह वर्द्ध जलवायी का चुनाव उगो एवं एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकार का कोई व्याप्त नहीं है। इसीलिये हस्पताल में उगो के इनाज सुखा और अनेक जाने की सभी विमेयानी उगो एवं एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई न्यूनिका या विप्रवर्द्धी हस्पताल में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathipati N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Institute of Postgraduate Medical Education & Research (IPMER) Trust)  
# 18/M, Thirumalai Naidu Road, T.N.H.B.A., Madras 600009, India  
Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जनरल उपरोक्त हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्पताल 2