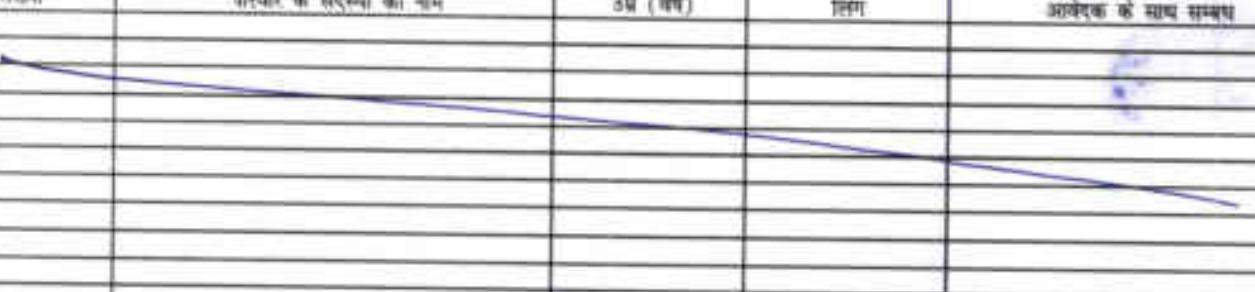


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	31224 2699	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	6/12/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sayama	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	65 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	N/o Raju.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पता				
HouseNo. 8, Amriti, Kengattale Tumkur District करनाळ				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थान पता				
11		Preo 7 POSH. 2699 Sayama		
OCCUPATION: आवेदक का कार्य	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कूल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. पैन नंबर संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप जोग कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)				
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> 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 विचार साधारण				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रीती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रीती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा प्रीती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नवे विवाही का उद्देश्य: Sr. No. क्रम संख्या				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ① Diagnosis:- ECG trace ECG trace Emergency - ECG report				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि		
①	DBTS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 घोषक करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुचार यथा वर्ण भई हैं। मरि कोई विवरण ऐसे करता अपना चाहता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरा द्वारा जो सहायता गयी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा रही है, उसका उपयोग उम्रे उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस महापता हेतु यह ज्ञानका की वर्त है, उस गयी जा जारीका या सकल हिस्सा किसी अन्य छोटा/पियोजना/बीम कम्पनी से न गो लिया है 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को द्वारा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उम्रे न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, वार्ता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामकी, दान, जारीका या उम्रे उद्देश्य में जुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश यथायम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के फले या बाहर में कारने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा ज्ञानका अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, वार्ता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है मुझे बहुत सहायता का इकाया नहीं बनता। इस समर्थन में "कोशिका" एवं उम्रे न्यायीय का विवेचन अंतिम और बारकरोगी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक द्वारा दायी ओर अंगठे का लिया गया हस्ताक्षर

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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहमत/एंडोरे को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकलांग को जाती है, विसे हम (हस्पताल) निम्न उक्त से यथायम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि वासी बांधन और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य नेतृत्व में लेने या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विकलांगविकली उक्त के यथायम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध जारीका/सकल हेतु मन्त्रित जारी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार मुरीदत रखता है। इस पुष्टि में यथायम यह है कि अस्पताल द्वितीय यदि उक्त योग्यायम हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से जीवी लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" मेरी जीवी गई सहायता के बारे में इस प्रकाश में लिखे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दिये एवं हस्पताल के भीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार वा कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी की इचाव सुनाए और अने जाने की कोई विविधता नहीं एवं एक हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या कियेगी इस समर्थन में नहीं होगी।

Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye C. S.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller I..... Land Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंशेशन की तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. Prakash M. Raghavendra RMC No. 90244	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
6/12/24		FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	अन्तर्राजि. उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Lakshmi