APPI		ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन ग्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थव देखपाल)		Koshika	
APPLICATION No. :		I no co AP	PLICATION DATE		foundation Building block of life	
NAME of APPLICANT	A STATE OF THE STA	livama	AGE-YEARS	12 /2 )   g-ad sex fin	00/0	
FATHER'S/SPOUSE'S	NAME :	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	tly		96	
anandy a	DIST	DU KONDU	t ateq	u talut		
9		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:	स्थाई आधानीय पता		neop postop	
OCCUPATION :	Lio			1	868 maradua	
थवसाय OTAL ANNUAL INCON हुए वार्षिक अस्प	E DOM	u maker		(Attach Proof of Inco	UNMARRIED (अभिगाहित)	
AN No. THE THE THE					"	
A MIN MIN BY CHILL	(जो मान्य श्री	(Tick whichever is applicable): इस पर सत्ती का निशान लगाये।	Yes / No RI + SR			
Sr. No.	1 4	FAMIL ame of Family Member	Y DETAILS परिवार	THE RESERVE THE PARTY OF THE PA	Detailer - III Avenue	
क्रम संख्या	9	रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) सर्थ (पर्य)	Gender ਇਸ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बय	
					The state of the s	
	_					
	_					
	_	BASIS for REQUESTING ASSIST	ANCE (Tick whiche	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रपाण पत्र की आप्त प्रति संतान करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आन्य आय वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाग पत्र की सामा प्रीत संसान करे)	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्त अर्थ (प्रयास पर की आग्र प्रति संलग्ध को।		Any Other Basis/Predf अन्य वर्षी गावय	
		"PURPOSE" for REQ संशयता हेतु किये	UESTING ASSISTA गर्वे विनती का उद्देश			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में आग्री की गई प्रतिलंदन सूची संस्तृत				
	Diagnosis - REcatoract					
-	THURSTEE	in the second	AF COL	thack		
48.75	ZARGERI	200 Madries				
	sing	eny/- RF	car	47401		
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	AME "PURPOSE" I	rom OTHER SQURCES		
		इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सह		ति से लिया गया हो?		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE अन्य श्लोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED को गई सहायता राखी		
(1)	0.60			20007		
				201		

## DECLARATION by APPLICANT: अस्तिक क्रुप मामगा 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.
- मैं प्रोक्त कात है कि इस प्रोक्त में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कारन असाय पाय जाता है से मेरी सवायता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहारक्षा राशि "कांशिका काउन्देशन", से ली क रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जर्मण, जो इस प्रारूप में पर पत्रा है।
- मैं पुष्ट कात है कि दिस सहायत हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस सीत का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत-निर्मातक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही म्योकम में लैंग।

## AGREEMENT by APPLICANT (Spice git with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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
- इस प्ररु पर आले इस्तक्षा पा लंघते को ग्राप लगाकर, मैं (आलंदक) अपनी स्वामीत को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को ऑधकृत करता है कि मेश नाम. पता, फोटो और जो किसला इस प्रपत में मोफित है, जमें "कोशिका" एवम् नासी, रान, धानकथा दुमरे उद्देश्य से जुड़ी परिविधियों और उपलोक्ष्यों के लिये किमी यी प्रसार माध्यम में प्रमातिक करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रथम का विकास मेरे इत्साज की पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका काउडेंगन" य न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, फात, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायत का इकदार नहीं कराता। इस सम्बंध में "क्रांशिका" एवम् उसकं न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के सम्प्रधार क लंगूने का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (THURS DO THUT)

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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षणे की ओर से न्यमलेरोणी को "कॉशिकर फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेटु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही चविष्य में विदिय सहायता कियी येर सरकारी संस्थान च किसी अन्य क्वांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि हथके "कोशिका पाउन्हेशन" में मिफारिश/विनति तका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर भरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्मप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोपी/मामले हेतु किसी के सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेग/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्टीशन" से ली गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विश्वय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सुद्धे कुम्मिद्धी होगी एवं इस्पताल reli! की होगी और "कोशिका" की कोई धुमिका या निम्मेचरी इस मामले में नहीं होगी।

vir. Lakstimipathi N RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. Laxmi Dorenn avar MBBS, MS, FPRS, FICO

Cornelliator & Rugo dio allestapp) Live

हाक्**र M** (नुमान त्यतमानकार्यातः न

Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraedha Eye Care Trus.) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर इस्पतान अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्यामी हस्ताभर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2