

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                       |                                                                                         | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                         |                                                      | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1224/2893                                                                                         |                                                                                         | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 23/12/24                                                                     |                                                      |  |  |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: vanajakshamma                                                                                     |                                                                                         | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66                                                                                     | SEX लिंग: F                                          |                                                                                     |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: W/O Nanyappa                                                                            |                                                                                         | PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Dwarahalli 1st post Kaveri taluk                            |                                                      |                                                                                     |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Tumkur taluk Tumkur district Karnataka                                             |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker                                                                                                    |                                                                                         | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):                                                                  |                                                      | 2893 vanajakshamma                                                                  |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:                                                                                               |                                                                                         | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| PAN No. स्थायी आयदा संख्या:                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):      |                                                                                         | 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 सम्बंध                                         |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार                                            |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेंड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                      |                                                                                         | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 Bank/Proof अन्य कोई साक्ष्य                                               |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| 1                                                                                                                                  | Diagnosis RE CATARACT                                                                   |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    | RE CATARACT                                                                             |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                    | Surgery - RE CATARACT                                                                   |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                         |                                                                                                            |                                                      |                                                                                     |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम                                                  |                                                                                                            | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और गई सहायता राशी |                                                                                     |  |
| 1                                                                                                                                  | DBL                                                                                     |                                                                                                            | 2000/-                                               |                                                                                     |  |



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्यू न्यासी, पत्र, पत्रिका/चित्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है, उससे स्वतः सहाय्य का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्यू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य 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 सहाय्य किसी और सहाय्य से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनंति आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उस रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य 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 फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने को प्राप्त हिम्मतारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi Pathi N

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Manager Outreach

Institute for Diabetes &amp; Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 18/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

रोगी पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अवरोधन की तारीख

23/12/24

Dr. Laxmi Dorennaveer

MBBS, MS, FPRS, FICO

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

Consultant, Plastic & Reconstructive

KMC No. 80244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safaryal