

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : N/0323/2935		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 17/3/23			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Madamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : F	 Prrop Postop 2935 Madamma	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ता का नाम : H/o Degaiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता #4/1, Anthangannapuramda Road, Rg, Pura Hosur, Halakavalli taluk Belkavadi, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION व्यवसाय : Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 विधि आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी 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 RE Cataract + PCOL				
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 AVAILED लेई गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी महापत्रिका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी महापत्रिका "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने महापत्रिका हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलाने है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्रिका के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सदा महापत्रिका का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेदक 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मत/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय महापत्रिका 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 वित्तिय महापत्रिका किसी और साधक/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सम्पत्ति में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्रिका विनिर्दिष्ट अधिकृत/मदद हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साधक/संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति से महापत्रिका लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/सम्पत्ति हेतु किसी और साधक/संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से न तो कोई महापत्रिका केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई मदद या बिना 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 के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

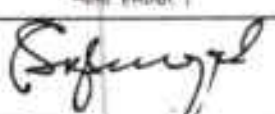
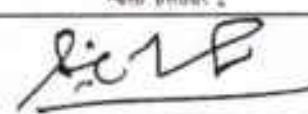
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/3/23	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. लक्ष्मी दरेननावर 14/3/23	 Mr. Lakshmi Pathi N 14/3/23 (Name of the Authorised Signatory) 16/M, Thimmarajpet, Bangalore 14/3/23
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---