

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0324/2969	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 14/3/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Sushila Hunagunda 62	AGE-YEARS: आयु-वर्ष	SEX: सेंद्र	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	10 Basavarni		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: काहिपल अवासालय/घर H.NO. 565 - Near Basaveshwari Temple, Mavinagad Bagalkot, Karnataka.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासालय/घर				
OCCUPATION: प्रवासीय	Cookie I :-	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	28,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मग्ना आय आप वार दरता है (जो मास दो तक वार महीने का विवरण 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 सम्बन्ध
①	Iranna Hunagunda	37y	M	Son
②	Sushila Kargalungond	19y	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकॉर्ड के भीतर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप-आप वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से आयी कोई गई आवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RF cataract AB cataract			
Surgery RF cat & PCTOL				
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 सही गई सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 हूं कि इस प्रकार मे लिखे गये सभी विवरण ऐसी जाकरी के अनुसार सत्य पर्यंग होते हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य या भला होता है तो मैंने उसका निपटा की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी महायता रखी "कोशिका फाउंडेशन", जो ली जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार मे पर्यंग होता है।
- 3) मैं पृष्ठ काटा हूं कि विषय महायता द्वारा यह प्राप्तिक भी नहीं है, उस गति का अधिक या सकाल विषय किसी अन्य छोटीसियोंका/बीमा कम्पनी से न तो होता है और न ही घोषित होता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस उपर्योग मे अपने हस्ताक्षर या अंगठे को लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुर्यित करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मैंहा यह, यह, कोटी और जो विवरण इस प्रकार मे घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, यह, याचना/या एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उत्तराधिकारों के लिये किसी भी द्वारा याचना से प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मैं उपर्योग का विवरण ऐसे इत्यत्र के पहले यह बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" य न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूस हूं कि मैंहा यह, यह, कोटी और विवरण जो कि महायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है युक्त याचना; महायता का हकदार नहीं बताता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अतिथि और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसकाल या अंगठे का लियान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा कराया)

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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से नामांकन/ऐंगठी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महायता द्वारा दिया गया विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) विषय प्रकार से यथ्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो नामांकन और न ही भीत्रिय मे विविध महायता किसी भी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐंगठी/प्राप्तीयों मे संरेख या से रो है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिकारिती/विविधी उक्त के गम्भय मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरद होते हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महायता विविध अधिकृत/सकल होते हैं यह नहीं किया जाता है तो उसका जिसी अन्य ऐंगठी नामांकनी संस्था या किसी अन्य संस्थान से लहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ मे स्वाक्षर करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदृश उक्त ऐंगठी/प्राप्तीयों होते हैं किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही लई लई महायता कंपनी विविध प्रकृति की है; ऐंगठी पर हस्पातल द्वारा यही गई महायता या किसी गैर सरकारी/प्राप्तीयों का नुचन लायी जाए है एवं हस्पातल का कोई वाचन नहीं है। इसलिये हस्पातल मे ऐंगठी के इत्यत्र सुरक्षा और आगे जाने की सभी विवेदियों ऐंगठी एवं हस्पातल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदियों इस माध्यम से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

व्यक्तिगती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshminipathi N.

Manager Outreach
Institute for Diabetics & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
16/M, Thimmalur Road, Miller Tank Bed Area
on behalf of Hospital

नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगूठान की तिथि <i>14/12/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar ■ MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Regn. No. with Stamp दाखिला भौति नं. हस्पातल के लिए नं.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION व्यावरिक उपयोग है।
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्पातल 1

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्पातल 2

L. N. P.