

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B10324 30324	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 22/3/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	R. Dr. Nagaraja Hegde 68	AGE-YEARS वय-वर्ष	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/चाहूम का नाम	S/o R. Annapre Shetty	SEX लिंग		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता Ind-line Bt. 10 mullik vuttanur.Subramanya -PLA BANGALORE KARNATAKA		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता		
OCCUPATION: जलवायन	L		POST OF 3024 Nagarjuna	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	10,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का सापेक्ष संलग्न)		
PAN No. स्थाई स्थान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मेरा आय आवेदन करता है (जो मान हो उस पर सही का निशान लगाये)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विचारित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेता के गीर्वं प्रश्न पत्र (प्रश्न पत्र की जाक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्ष वार्ष प्रश्न पत्र (प्रश्न पत्र की जाक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रश्न पत्र की जाक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरों का वर्णन:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS RF cataract AE cataract			
	SURGERY:- RE Cataract			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशि		
⑥	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 फॉर्म में दिए गये मेरी विवरण येरी जनकारी के अनुसार सच्च एवं जहाँ हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून अनुसार यात्रा जाता है तो मेरी सहायता निम्ना भी जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो जाती है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पड़ गया है।
- 3) मैं पुराना करता हूं कि विवर सहायता हेतु यह जारीना की गई है, उस एवं कि अतिक्रम या उल्लंघन किसी अन्य छोटी/नियोजित/बीमा काम्पनी से न जो लिया है और वही खालीपन में रही।

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 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की ताप सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुराना करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, याचार्या या तुसीं उद्देश्य से तुझे नहीं दर्शित होता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्त सहायता या प्रशान्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण येरी इसावधि के बाहर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दर्शित है पुराने स्थिति; सहायता का उद्देश्य जहाँ बनाया जाता; इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विवरण अंतिम और बाकीकरणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक जो हस्ताक्षर या अंगठे का लिया



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल 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.

हमां अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यामालेरोंकी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिवारित की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न प्रकार मेरा व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि वह तो जीवन और न ही धर्मिय में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य लोक से उक्त दोषी/यात्रियों में ले जाए गा से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिर्फार्टिविल ड्रग्स के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदर होता कि है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिक्रम/याकूत हेतु मन्त्रा यही किया जाता है तो अस्पताल किसी जन्म वैद्य साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकारा मुरीदाना रखता है। इस पुराने में स्थिति कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त दोषी/यात्रियों हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी तर्फ सहायता के बायक विविध प्रक्रिया की है। ऐसी पर इस्पाताल द्वारा ये गई सहायता या विवेद गैरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दोषी एवं अस्पताल के दोषी का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पाताल में दोषी के इसावधि सुखा और अने जाने की सभी विवेदारी दोषी एवं अस्पताल की होनी चाही दृष्टिकोण से दोषी को "कोशिका" को कोई भूमिका या किसी दूरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी
नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोद्धार की तारीख <i>23/12/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Registrar with Specialization इन्सिट्यूट कोशिका फाउंडेशन	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
--	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2