

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्यर सेवामाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	B/0384/3029	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 22/3/24	
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम	Deviramma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कपुर्य का नाम	W/o Halabrah	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान बासस्थान पता		135 Near vodatone tower Culikone.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्थान जावासीध पता		Bengaluru Karanataka	
OCCUPATION : जबक्षण	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कूल वार्षिक वय	6000/-	(Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)	
PAN No. स्पाई संख्या संलग्न			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मग्ना आप आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर मही का विभाग लगते)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Kumar	34	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिए विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card-Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक परीक्षण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आय चर्चे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक परीक्षण करें)	Ration Card (Attach Copy) इष्टभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की ताक परीक्षण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायाता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई विभिन्न सूची संलग्न		
①	Diagnosis Rt cataract Lt cataract		
Surgery:- NE cut + RCTOL ..			
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 सी गई सहायता राशी	
①	DBPS	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 प्राप्ति मेरे लिये यथार्थी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सब्सिडी के लिये उपयोग का अधिकारी हूं। यदि कोई विवरण एवं कारण अधिकारी का बाहर हूं तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।
 - 2) मैं द्वारा जी सहायता गरी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जारी होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति मेरे लिये आवश्यक है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि यह सहायता हेतु यह ग्राहकी की गई है, उस गरी का लाभिकार यह सकल विस्तृत किसी अन्य छोटी/लियोग्राही/बीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही विवरण मेरे लिये 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने की छाप लगाका, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके लाभार्थी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, चांडी और जो विवरण इस प्राप्ति मेरे लिये है, उसे "कोशिका" एवं नामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी भ्रष्ट साधन से प्रबलगत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण ये इतना ही पहले या बाद मेरे कारने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, चांडी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है तुम्हे स्वाक्षर कराया जाएगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके लाभार्थी का विवरण अंतिम और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का लिखानः



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

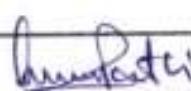
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याचनार्थी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु लिखानी की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न लिखान से सम्मत करते हैं।

- 1) यह हिंने तो सहमत और न हो भवितव्य में विविध सहायता किसी भी गरिमा नहीं बरकरारी संभवान या किसी अन्य स्थिति से उपर ऐसी/प्राप्ति में सहमत या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से लिखानीकर्त्ता उक्त कारण से सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध व्यक्तिकरण सहमत हेतु मन्त्र यही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रबन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उक्त कारण ऐसी/प्राप्ति हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं संलग्न होती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो गई सहायता के कारण विविध अनुकूल होता है। तो न या हमस्ताल द्वारा यी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुकाव योगी एवं हमस्ताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रक्रिया का कोई राशन नहीं है। इसलिये हमस्ताल में होने के इतना सुनाता और अनेकाने की सारी किम्बेशी होगी एवं हमस्ताल ने होने और "कोशिका" की योई भूमिका या किम्बेशी इस साधन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

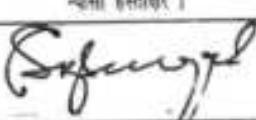
स्वीकृती के लिए संस्कृति



Mr. Lakshminath N.
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shrikrishna Eye Bank Trust)
1 R.M.C. Bhawan, 1st Floor, 100ft Road, 100ft Tank Bed Area
Mumbai - 400 001, India
on behalf of Hospital Eye Bank Trust
1 R.M.C. Bhawan, 1st Floor, 100ft Road, 100ft Tank Bed Area
Mumbai - 400 001, India
on behalf of Hospital Eye Bank Trust

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

