

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3144**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **14/1/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Mr. Morinanjaiiah.**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **68** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **S/o Narielkannaiiah.**



Pre OP **3144** Post OP **Morinanjaiiah.**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kappa Halli, Madhalu (T), Halagali village, Mandya, Karnataka. 571425.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय **Unemployed.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **---** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखाई जाता संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये) 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 संबंध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| ① | Nallikayamma | 60 | F | Wife. |
| ② | H. H. Yagesha | 37 | M | Son. |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा को नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर को साथ इति संलग्न की) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर को साथ इति संलग्न की) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पर को साथ इति संलग्न की) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविजन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| ① | Diagnosis - RE Cataract. LE Cataract. |
| ② | Surgery - RE Cataract + PCTOL. |

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 -सी गई सहायता राशी |
|---------------------|--|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता उम्मीद कर रहा हूँ, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रकरण के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे नहीं माँगे हैं और न ही माँगेंगे।

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 it's 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, वाचनालय/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं, मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ 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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जायेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त-सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मीद करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा रोगी का इलाज या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
Authorized Signatory
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(on behalf of Hospital)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/11/26

(Name of Dr. & Regn. No, with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाज नं. गि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (कोशिका फाउन्डेशन के लिए)

(Annil of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रुस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रुस्टी हस्ताक्षर 2