

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.  	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blos28/03/18	APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 10/5/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Bhaggyamma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष: 50		SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्पouse का नाम:	10/10 Shankaraiah			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: B. Bysapura - Karchalli Hassan Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता: II -		
OCCUPATION: पेशी:	coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of income) (आप का सशब्द संतुष्टि)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	10,000/-			
PAN No. स्थाई छात नंबर:				
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> आप आय का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)				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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Shankaraiah	62/4	M	Husband
②	Ntagash	31/4	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) माहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card-Copy) गरीबी रोका के दोष प्रधान पत्र (प्रधान पत्र को छाप प्रति संतुष्टि करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लग आय की प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की छाप प्रति संतुष्टि करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारित कार्ड (प्रधान पत्र की छाप प्रति संतुष्टि करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: माहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासाल/दौकान से जारी की गई आवेदन सूची संतुष्टि			
①	DIAGNOSIS RC cataract LIC cataract Ankylogr. R/F cut + PCTOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य माहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई माहायता राशि		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 प्रकाश में लिखे गए यथी विवरण मेरी जाहाजी के अनुच्छान माध्यम से मही हैं। यदि कोई विवरण यह कामन असत् तब जाता है कि मेरी सहायता निम्न की तरफ सही है।
- 2) मैं इस दस्तावेज परि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जारी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दर्शाया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि इस सहायता के लिए प्रभेषण की गई है, उस गति का वासिक यह सहायता किसी अन्य संस्थानीयोजनाओंविरुद्ध कम्पनी से न हो सकता है और न हो भविष्य में गैया।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कार्य)

- 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 प्रकाश का अपने हस्ताक्षर का अधिकारी को आप सहायता, मेरी (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण कामन हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा जाम, जल, जोड़ी और जीवन के विवरण इस प्रकाश में प्रसिद्ध हैं, जो "कोशिका" एवं नामी, एवं, जाहाजी दूसरे उद्देश्य से नहीं वर्तितियर्थी और उपलब्धियर्थी जे लिए किसी भी उपराज मध्यम से उपलब्ध करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरी हस्ताक्षर के जाते जा जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मेरी (आवेदक) इस बात मेरी सहायता हूं कि मेरा जाम, जल, जोड़ी और जीवन के विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित हैं नहीं सहतः सहायता का हाकड़ा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का विशेष अधिकारी और जाहाजी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को अधिकृत करने का लिए कार्य



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कार्य)

- 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.
- इनकार, अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर मेरी सहायताएँ को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निर्माणित की जाती हैं, किंतु इस (हस्ताक्षर) निम्न कामन में यथाय य स्वीकृत करती हैं।
- 1) यह कि मेरी सहायता अपनी जीवन की चालियां में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत से उक्त संस्थानीयोंसे भी लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" ये वित्तीयकारीकृति उक्त के यथाय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकारीकृत हेतु नहीं किया जाता है तो अस्पताल की यथाय य सहायता संस्थानी संस्थान या किसी अन्य सहायतान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कामन है कि अस्पताल द्वितीय या उत्तर उक्त संस्थानी द्वारा किसी अन्य साधन से यही लेना चाहती है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई सहायता क्षेत्र वित्तीय प्रदाता की है। योगी या अस्पताल द्वारा ये गई सहायता वित्तीय का चुनाव योगी एवं इस्पताल के बीच का वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई व्यापार नहीं है। इसलिए अस्पताल में योगी के इसाव सुधार और उन्हें जाने की सही विधि योगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विनाशकी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(Name & Designation & Stamp of Authorised Signatory
16/M, Thimmalur, Bengaluru, India - 560044
on behalf of Hospital)

नम व उक्त अस्पताल अधिकृत अधिकारी

Lakshmi N

Date of Surgery
अंतिम की तारीख
10/12/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Retina Specialist
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

Siva B