#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखफल) foundation APPLICATION DATE 9/04/25 APPLICATION No. : आचेदन संख्या आवंदन शिधी NAME OF APPLICANT: Sakamma AGE-YEARS STITE-THE SEX PHY आवेरक का नाम F 55 FATHER'SISPOUSE'S NAME: 10/0 Nagalah पिता/कटुम्य का पाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS अर्थपान, अप्रमुखीय चता The anne adahall PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THIS MORE THE Mandya (D) Rakamma 0144 OCCUPATION: House Laker MARRIED (THIRRY) / UNMARRIED (SPRETTER) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) भूत वाचित्र आव (आग का साक्ष्य संसान) PAN No. THE BEST THEM 3RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No L क्या आप जाय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवारण Name of Family Member Age (Years) Sr. No. Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उध (धर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समायता को लिये विनति उत्तकत **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अरूप अराद पर्न प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयान पत्र की क्राया प्रति मंतान करे। (अमान यत्र की सामा प्रति संतान करे। (प्रमाण पत्र की प्राचा प्रति शतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सतायता हेतु किये यये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/रॉक्टर में वारों की गई प्रतिवेदन सूची संसान क्रम संख्या Doigue Sis O RC-Germent + PCROI Swigery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत में लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. भी गई सहायक **रा**शी ज्ञान्य रखोत का नाम क्रम संख्या DRCS 1 2000

## DECLARATION by APPLICANT: SHREET GRE VIVE US;

- 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 श्रीकार करता है कि इस क्रमण में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुमार साथ एकं सत्ती है। यदि कोई विवास एकं कथन आसाथ श्राय जाता है तो मेरी सत्तापता निस्सा की जा सकती है।
- भी द्वारा जो सताबता राशि "क्रोतिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका अपबीग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आवेण, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किस सतायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अशिक या सकल विस्ता किसी अन्य सोगः नियोजक बीना कमानी से न तो लिख है और न ही चिक्न्म में लिया।

### AGREEMENT by APPLICANT (Spice and wort)

- 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 modium, 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 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 प्रदर पर अपने इस्ताधर या अंगते की छाप लखकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यानीखें " को अधिकृत करता हूँ कि भेग चन, पता, फोटो और जो विवास इस प्रदर में धोषिक है, उसे "कोशिका" एकन् न्यासी, दान, वाधना/धा दूसरे उद्देश्य में कुठी गीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाश जो कि सहायत के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायत का इकारार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोणिका" एवम उसके न्वासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधा या अंगुते का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रम करार)

By affixing horeunder, 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 strangement 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.

हमारं अधिकृत, हमाक्षरों को ओर से सामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व क्योंकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो क्षांचन और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उसर ऐसी-पामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हार परंद हेतु कि हैं। यद "कॉशिका फाउन्डेशन" हार सहायता विनित्त ऑशिकरसकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पतल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का ऑफिकार सुरक्षित रखता है। इस चूर्ण्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पतल दितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग्यलेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ची गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिय का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बोच का विषय है और "कोशिका जाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और उनने वाने की सारी विष्येदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चूमिका या किप्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

midely RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थाकती के लिए संस्तृति Mr. LAKSHMIPATHI N **Date of Surgery** Senior Manager MS Consultant Ophthalmelogist Name Designation & Stamp of Authorised Signatory Bangalore Diabetes & Exa Hospital aloups (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य रवि. न (A unit of Shrandhar eve Care Trees FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION Value RYNN Migar, Bangalore-52 SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUS न्यासी इस्ताकर 1 न्यासी इस्ताकर 2

efuge liert