

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Souls of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)		SEX (लिंग)	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास) या					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (स्थायी निवास) या					
OCCUPATION : (व्यवसाय)					
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय)					
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगा दें)					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1	Nagamma	51	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कौन सी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का कोपी प्रदान करें (अलग पत्र भी जमा करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अलग पत्र भी जमा करें		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. सहायता हेतु किसे क्या दिक्कत का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रमाणित दवाही संलग्न				
1	Diagnosis - RE Cataract. LE Cataract.				
2	Surgery - RE Cataract.				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई भी सहायता नहीं		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगी और न ही सीमित न होऊँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, या, आवश्यक होने पर अन्य माध्यमों से मुझे उपलब्ध कराने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इससे स्वीकार करती हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इससे मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं बनता। इससे मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं बनता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ स्वीकार करते हैं, हमारी ओर से या हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उसी उद्देश्य के लिये ही सहायता मांग रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारी ओर से न ही किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता के लिये मांगी जा रही है, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा कर सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रक्रिया के चयन का निर्णय हमारे और रोगी के बीच होता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हमारे और रोगी के बीच होने वाली सहायता के लिए हमारी ओर से ही जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE**

(Name and Designation of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)**Vasanthnagar, Bangalore-52**

Dr. PREETHI B S
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. का पंजीकृत नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

पहले हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरा हस्ताक्षर

[Signature]

[Signature]