APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : B/0925/1770

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 09/09/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shivanagamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम W/o Madduraadappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Lakkur, Gudatapet (P), Channarayapatna (T), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pic of Shivanagamma

Pic of Aadhar card 1709

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध प्रकार

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यंत आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE Cataract LE PCIOL
(2)	Surgery - RE Cataract.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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.

१) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
२) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
३) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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.

१) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" इत्यादि नाओं, दान, फण्डराइज पूर्वक उद्देश्यों के पूर्ति गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को पूरी अधिकृत है।
२) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है पूरी तरह, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस उपबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरी मेरी ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व अंकित करते हैं:
१) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सामाजी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिया/लिये उक्त के उपरान्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यथा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लिये अंशिक/सकल हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सामाजी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्त्रोत उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी गैर सामाजी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
२. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/क्रियाएं का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ये पूरी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की जिम्मेदारी लेती एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हास्पिटल के सील के
	Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Sharadha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52 (Name & Signature of Authorised Signatory हस्पताल के अधिकृत हस्ताक्षरी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका इस्तेमाल हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

20 - 03 - 2025