

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION NO. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS : वर्ष	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		SEX : लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता	
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (Yes/No) : विवाहित (हां/नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		ATTACH PROOF OF INCOME : (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : पैन संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (को सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)	
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण को)		Any Other Circumstance अन्य कोई कारण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये बिना का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची प्रमाण		
1	Diabetes RE Cataract LE Cataract		
2	Surgery RE Cataract + PCOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता बिना अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am not a U.S. citizen or permanent resident alien.

- 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 Kishida 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 पर घोषित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक काल असत्य पाया जाता है तो मेरी आसक्ति निम्न की ओर पड़ती है।
- 2) मैं इस को सहायक उद्देश्य "शैक्षिक प्रशिक्षण", के लिये जान रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किए जायेंगे, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषित करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु पर अतिरिक्त को नहीं है, उस उद्देश्य को अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT / USER FOR SERVICE

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर उत्तर इसलिए या कोई भी अन्य कारण, है (आवेदक) अपने उत्तरों को पुष्टि करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करते हैं कि वे उन नाम, पता और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, सार, प्रकाशन द्वारा उत्तरों से बड़े प्रचारितियों और प्रचारितियों में उनके किसी भी अन्य प्रकार से प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। वे इस का विचार भी इनके अपने नाम या कार्य में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, पते और विवरण के बिना आवेदन को उत्तरों में प्रेषित है पुष्टि करने, उत्तरों का उपयोग नहीं करेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उत्तरों, भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION

अधिकारों के प्रसारण से संबंधित विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (SEE PAGE 20)

- 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 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.
- इससे अधीनस्थ, हमारा जो जो है चालते/होती हैं "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे/होती हैं व ही वित्तिय में वित्तिय सहायता किसी के/होती हैं सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/होती हैं से लेने या ले रहे हैं, किंतु कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/होती हैं प्रदान में सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/होती हैं हेतु प्रदान नहीं किया जा रहा है तो हम/होती हैं किसी अन्य के/होती हैं सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हम/होती हैं वित्तिय प्रदान प्रदान करने/होती हैं हेतु किसी के/होती हैं सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/होती हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" में ले रहे/होती हैं सहायता वित्तिय प्रकृति की है। हमारे/होती हैं सहायता प्रदान ले रहे/होती हैं सहायता या किसी अन्य सहायता/होती हैं का प्रमाण लेने एवं हम/होती हैं वित्तिय व वित्तिय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रदान या कोई सहायता नहीं है। इसलिए हम/होती हैं वित्तिय व वित्तिय प्रदान और जाने जाने को नहीं सिफारिश लेने एवं हम/होती हैं वित्तिय और "कोशिका" की कोई सहायता या सिफारिश प्रदान प्रदान में नहीं ले/होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्य के लिए धन्यवाद

Amal

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

Unit of Sharda Eye Care Trust

Monanthus - Borealis 60

SIGNATURE OF CUSTOMER:

पृष्ठ संख्या 2

SIGNATURE of TRUSTEE 4

मागील सत्रातही

Exempel

Signature