

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म			(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. अवेदन क्रमांक :		B/0915/1854	APPLICATION DATE अवेदन तिथि			16/9/21
NAME OF APPLICANT अवेदक का नाम		Muniyamma	AGE-YEARS वर्ष-वर्षा	68	GEX लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम		No Muniyammal				
PARENTS' RESIDENCE ADDRESS / पति/पत्नी का निवास						
Challagachatti Madhur (A) Kolar (D) Karnataka						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता						
OCCUPATION : उद्योग			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
Home maker			☒ Married			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साधन प्रमाण)			
			(None)			
PAN No. उक्त व्यक्ती का PAN नम्बर						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)						
Yes / NO ☒ Yes / ☐ No						
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 अवेदक से क्या सम्बन्ध		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार						
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा में होने ज्ञापन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ना होगी।)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन आश्रित वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ना होगी।)		☒ Aged Person Card (Attach Card Copy) उच्च आय वाले व्यक्ति का कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ना होगी।)		
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार						
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किसका कारण:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/चिकित्सकीय से कहीं भी गई डॉक्टरों द्वारा जारी दवाइयाँ					
15	Diagnosis RE - cataract LE - cataract					
25	Surgeon RE - cataract + p.m.s.d					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसे और क्यों से प्राप्त है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो वह सहायता कितनी				

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गारंटी देता हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद भी, इस अर्थित का जमाव या वापस किया किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही कोशिका में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 replying or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing this assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, समाचार पत्र, दूरदर्शन से जुड़ी वीडियो/ऑडियो प्रस्तुतियों में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का उपयोग मेरे द्वारा की जाने वाली या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपदेशों के प्रसारण हेतु प्रेषित हैं, सहायता का उपदेश नहीं बनाया। इस संबंध में "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, ऑडियो वीडियो का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक से इसका प्रमाणित या छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से सार्वजनिकी की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तिय सहायता या उपचार के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता मिलेगी यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता/उपचार प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि हमारा निर्णय सहायता के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/उपचार वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हमारा इस बात की पूर्ण गारंटी है कि हमें अन्य सहायता/उपचार का प्रस्ताव नहीं दिया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हमारा मत है कि हमें इसका प्रस्ताव और हमें जाने की गति विवेकपूर्ण रूप से हमारा को होने और "कोशिका" को कोई प्रस्ताव या विवेकपूर्ण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/9/25

DR. PRASHANT D. S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व. प्रमाणित न. एवं छाप

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती इरावत 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती इरावत 2