

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवा)



Koshika
foundation
Building Hope of the

APPLICATION No. : 3/0925/1914 APPLICATION DATE : 22/9/28

NAME of APPLICANT : Nagalaj AGE-YEARS : 50 SEX : M

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Renukalajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hennagala (P) - Abtal - Bangalore

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ee

OCCUPATION : Coolie

STATUS : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 18000/- (Attach Proof of Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 आवेदक के साथ संबंध
1	Guru Shankarappa	62	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Old Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनसंरक्षण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Medical Reports/Prescriptions Attached
वैद्यकीय/प्रेस्क्रिप्शंस संलग्न की गई हैं/अनुपलब्ध हैं

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis - RE - cataract
	LE - cataract
	Surgeon - LE - cataract + pexal

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, सहायक प्राप्त की पुष्टि के बिना बिना कटौत, जो इस प्रस्ताव में माँगा गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायक हेतु पर आवेदन की गई है, इस राशि का अधिकतम भाग प्राप्त किया जाये अन्य कोशिका/रोकथाम/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही अधिकतम ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में अधिकृत हैं, उन्हें "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन से सुदूर टेलीविजन और इन्टरनेट के बिना बिना भी इस उद्देश्य के प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरा प्रस्ताव का निराकरण भी इसका भी मतलब है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत हूँ।
- (2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के अंतर्गत से प्रसारित हैं उसे प्राप्त; सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस आवेदन में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्रिका/पत्र, पत्रिका/पत्र और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.

इससे अधिकृत, हमारी ओर से अनुमति प्राप्त करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से निधि सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- (1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में निधि सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिये माँगा गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक प्रदान की जाती है तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायक प्राप्त करने के लिये अधिकृत नहीं है। हम पुष्टि करेंगे कि हमारे पास और न ही भविष्य में निधि सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिये माँगा गया है।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने जा रही सहायक केवल निधि सहायक की है। मेरी या हमारे पास और न ही भविष्य में निधि सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिये माँगा गया है। हम पुष्टि करेंगे कि हमारे पास और न ही भविष्य में निधि सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिये माँगा गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shree Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

22/9/25

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन, प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमोदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमोदक 2