

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Lives of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925/1997

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Bongach

AGE-YEARS (मं-वर्ष)

78

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Muddegach

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

Muddegach, Hengken, Mandya -
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

11



PrOP - PrOP
1997 - Bongach

OCCUPATION :
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : (यदि प्राप्त हो तो)

IF YOU ARE AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):
यदि आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर चिह्न काटें)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार (सदस्य)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किस उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन जोड़े गए हैं या नहीं उल्लेख करें
1	Diagnosis KE - Cataract LE - PLOD
2	Surgery KE Cat - F PLOD

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 AWARDED कौन सा सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन मेरा सहाय्य प्राप्त करने के लिए मेरी अर्शिका प्रपत्र को खारिज कर सकता है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रपत्र में उल्लेख की गई वही वही उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु किसी भी अन्य स्रोत, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहाय्य प्राप्त करूँगी और न ही सहाय्य में शामिल हूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहाय्य को प्राप्त करने से अधिकृत नहीं है। सहाय्य का प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास है और उनका निर्णय इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

- 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 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 के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में सत्य न स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी अन्य स्रोत, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि अनुरोधित सहाय्य कोशिका फांडेशन द्वारा पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहाय्य के अभाव में अन्य स्रोतों से सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करने के लिए किया जाता है कि हमारा हस्पताल इस प्रपत्र में उल्लेख की गई वही उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहाय्य प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई उपचार या प्रक्रिया का निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होती है और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shree Anand Eye Care Trust)**Vasanth Nagar, Bangalore-52**

Dr. PREETHI D. S.

MBBS, CO. FRCO, FRCO

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

हस्ताक्षर का उपाय न हस्ताक्षर के बिना

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक द्वारा स्वीकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1

यात्री हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यात्री हस्ताक्षर 2