

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : (आवेदन संख्या) : B/1025/2023		APPLICATION DATE : (आवेदन तिथि) : 7/10/23		Pre op post op 2023 - Bhagyamma			
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम) : Bhagyamma		AGE-YEARS : (वयस वर्ष) : 50				SEX : (लिंग) : F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : (पिता/पति का नाम) : _____							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : (वर्तमान निवास पता) : G.M. Street, Tammadaballi, Kante, Ravanah Keri, Matavalli, Mandya (n)				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (स्थायी निवास पता) : _____			
OCCUPATION : (व्यवसाय) : Home maker				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय) : _____				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. : (आय कर पत्र संख्या) : _____							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय कर दाता हैं / जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)				Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वयस वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ सम्बन्ध)			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिये चिह्नित आधार)							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Any Other Basis/Proof (अन्य कोई प्रमाण)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य)							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविरेन सूची संलग्न)						
①	Dalguos RE - Contrast LE - Contrast						
②	Surgery LE - Contrast + P.C.O.L						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया 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 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह आवेदन कर रही हूँ, इस पत्र का आशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य प्रोड/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन् न्यासी, दन्, कार्यक्रमों द्वाये अद्वैत से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के रहने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से समझौते/लेख को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम प्रकर से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल विशेष पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या जिसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हलाक सुरक्षा और अपने को की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI. B.K.

M.B.B.S., D.O., FICO, FPCO

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]