

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **B/1025/2017** APPLICATION DATE: **11-10-20**

NAME of APPLICANT: **Nagaraju** AGE-YEARS **65** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **K/o Kari Gowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **Hatalakere, Koppa (H) Maddur (T) Mandya (D) Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: _____

OCCUPATION: **Coolie** MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: **18000/-** (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No** हाँ / नहीं

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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किरती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय सेवा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Darjwasis RE - Outpat LE - Outpat
②	Surgery RE - Out + PCDL

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 की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रमाण 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठ साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता दान "कोशिका फाउण्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, इस एग्री का जलिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को ज्ञापित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दान, न्यूसी, दान, वाचनालय द्वारा प्रसारण में लुट्टी, ऑनलाइन और प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वे मेरा नाम का विवरण मेरे प्रकाशक के पत्रों या वेब साइटों के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रकाशित कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, उन्हीं ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञापित है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु संपन्न नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में सहायता कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या निर्णय को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज प्रस्ताव और अपने करने को ज्ञापित किन्हीं रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Lakshmi

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
11/10/25

Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S., D.O., F.I.C.S., F.R.O.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका के तारिख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A Unit of **Shri Chdha Eye Care Trust**)
Vasaghatnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]