

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/1124/2577		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 28/11/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Georamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70	SEX लिंग : F	 pre op - post op	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम : n/o Venkatappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता : maligenaradadd: malligara manlavet karakaputa taluk Ramavogata distrit karnatak					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता :					
OCCUPATION: व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्वामी खाता संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / हाँ / NO / 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 से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis - PE - cataract LE - cataract				
②	Diagnosis - LE - cataract & presbiopia				
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 ली गई सहायता राशी			
①	UBS	2000/-			

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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोलिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उच्चो उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं गुरुत्व करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वित्तिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संगठन/विषय/व्यक्ति/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप या जवाबों को साफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों” को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे “कोशिका” एवम् न्यासी, दत्त, साचक/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इलाज के चलने या बंद हो करने के लिए “कोशिका फाउंडेशन” व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में “कोशिका” एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक को हस्तागत या अंगुले का निगमन



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्पले/पंजी को "कोशिका फाटवर्धन" से विविध सहायक हेतु विपणन की जाती है, जिसे हम (हमसहल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही परिवर्ष में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल होतु मनुष्य नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/रोगियों होतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टडाउन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इन्सुलिन द्वारा री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव रोगी एवं इन्सुलिन के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इन्सुलिन में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इन्सुलिन की होगी और "कोशिका" की कोई प्रणिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennayar
MBBS, MS, FPRS, FICG
Consultant in Proctology & Rectal Surgery
KMC No. 60244

Mr. Lakshmiipathi N.
Manager Overseas

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of South Sun Care Trust)
on behalf of Hospital
The Prince of Wales Medical Building

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायि हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूसी हस्तान्तरण 2

1278