

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation
APPLICATION No. आवेदन संख्या :		B / 0126 / 3238	APPLICATION DATE: अवेदन तिथि
		22/1/26	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम		Nagarathamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष
		w/o Harumanthappa	SEX लिंग
		FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुम के नाम	H
		PARENTS RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पत्ता	R
		Mangalore Tiptur (K) TN	
		Tamil Nadu	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पत्ता	
OCCUPATION: उद्योगधरा		Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रदान करें)
PAN No. स्पष्ट खंडित संचरण			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप आय कर दाता हैं? (जो वाक्यांश को ठीक पर चूकी का निरक्षण लगाएं।)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
			Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निर्धारित आधार			
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।)	☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें।)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल्पों का उद्देश्यः			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तमांस/डॉक्टर से जारी की गई उपनिवेश सूची संलग्न		
१	Dr. Sankar - PE - cataract		
	HE cataract		
२	Surgeon - PE - cataract + p... ..		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE एडी यह सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य सत्य सत्य सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता लेने का प्रयत्न नहीं किया है, जो मेरी या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो मिले है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

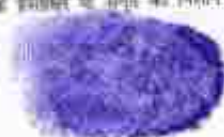
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donors 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" समूह, नामों, पता, पताका पत्रों, उद्देश्य से जुड़ी जानकारी और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण में उल्लेख के पक्ष में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है तब तक: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" समूह इसकी न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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, हस्ताक्षर की ओर से पासपोर्ट साइज की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रश्न से संबंधित स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता समान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की समान या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की सिफारिश/सिफारिश हेतु चर्चा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या अधिकृत नहीं करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रदान करने उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता समान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेते/ले रहे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता के बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत सुख और आराम करने की सभी जिम्मेदारियों लेनी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारियों 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)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/1/26

Dr. PREMAL B K

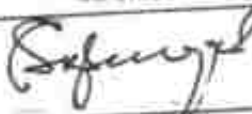
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

