

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		B/0126/3244		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :		22/1/26
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :			Ningamma		AGE-YEARS : उम्र-वर्ष :	60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम :			w/o Huchchiah		SEX : लिंग :	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता :			Chettiballi Tiptan (H) Tumbkur (H) Kattalake			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :						
OCCUPATION : व्यवसाय :			Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थायी 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 / No हां / 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 संबंध		
1	Shivarajda	35	m	Husband		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 LC - Cataract					
2	Diagnosis - LC - Cataract + pcat					
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये पसंद हो?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता राशी				

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 योद्धा कहता हूँ कि इस प्रकल्प में मिले गए 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 मिली "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कि सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकल्प में माग गया है।

3) मैं योद्धा कहता हूँ कि जिस सहायता मुझे प्राप्त होगी, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य फ़ौंडेशन/व्यक्तिगत/कर्मचारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

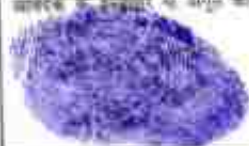
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 इच्छाया या संकेत का हस्ताक्षर कर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की पूर्ण सलाह एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" फण्ड, न्यासी, राज, कल्याणक दुखे इत्यादि से मुझे लाभकारी और प्रभावकारी के तौर पर किसी भी प्रकार उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का बिना किसी हस्तक्षेप के जवाब या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वयं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और बिना मेरे किसी भी प्रकार के इच्छा से प्रसारित है मुझे लाभ। फाउंडेशन का हस्तक्षेप नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फण्ड उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और कल्याणकारी होगा।

आवेक के प्रकार या बांटे के सिमान



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 अधीनस्थ, इसलिये की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किन शर्तों में मान्य या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न साधनों किसी भी प्रकारकी संस्थाएं या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हों, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु चन्द्र को दिया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इच्छित मदद प्राप्त करेगी/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य साधन से नहीं लेते/लेतीं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारा द्वारा दी गई सहायता या जिसे हम उपचार/प्रक्रिया का चुनना लीएँ हमारा को स्वयं का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा से लेने-ले इससे सुरक्षा और अपने काम की पूरी जिम्मेदारी लीएँ हमारा को होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी हमारे मामले में नहीं होगी।

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व सील व

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 श्री. विरान्त 2

Ergebnis

10/11/18