

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0126/3247		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 32/1/26		  PR op- post op 3247-Lakshmaiah			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Lakshmaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 40				SEX लिंग: m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: s/o madishetty		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: marjunathangarai talpadya					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: tipka (D) tumkur (D) kalyanathangarai					
OCCUPATION: व्यवसाय: Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 18000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. प्याई खाता संख्या:							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य जो उस पर सही का चिह्न लगाएं):		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 सम्बंध			
17	Sakamma	47	F	wife			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसलि आधार							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) इन्सुरेंस कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेयन सूची संलग्न						
17	Diagnosis - RE - Cataract						
	RE - PIGAL						
03	Surgery RE - Cataract + PIGAL						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशी					

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठ का दावा किया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरी फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलूँगा 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 its 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 its 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से इस उद्देश्य के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए मैंने अपनी फोटो और विवरण के बिना किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति के लिए सहमति दी है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के त्रुस्टी द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग का फैसला त्रुस्टी कर सकते हैं। इस उपयोग का उपयोग मेरी सहायता के लिए नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 its right to make up the shortfall from any other 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहमत/स्वीकृत की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए नहीं लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की सहायता से। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा प्राप्त सहायता केवल वित्तिय सहायता से होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल ने रोगी के हितों सुनिश्चित करने और अपने कर्तव्य को पूरी निष्ठा से निभाया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation and Hospital of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(A unit of Shree Sree Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/1/26

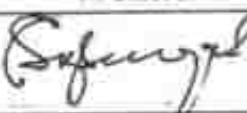
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व. रजि. नं. व. स्टैम्प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

