

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
B/0126/3276		23/1/26			
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	SEX लिंग	 Pilop-patlop 3276-malinwamy	
malinwamy		75	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम					
No father/spouse					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता					
madabatti waramangudi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
madye (A)					
OCCUPATION: व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
Unemployed		UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सिलान)			
PAN No.					
*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिक चिह्न 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	
1	pattamma	62	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किराई आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नीचे 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) राशनकार्ड कॉपी (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने बिबली का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न				
1	Diagnosis:- PE - cataract				
	LE - cataract				
2	Surgeon:- LE - cataract + p... ..				
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भर्ना करें)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक दस्तावेज़ "कोशिका फाउन्डेशन", में जोड़ रहा हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक वर्षों की नहीं हूँ, इस दस्तावेज़ का अधिकतम या अधिकतम दिनांक किसी अन्य डॉक्यूमेंट/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भर्ना करें)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, दूर, साक्षात्कार, दूरदर्शन में सुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी 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 पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन इसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा भर्ना करें)

- 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 और से हमारे/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में आए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उदाहरण के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तीय सहायता हेतु मांगी जाती है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/होस्पिटल द्वारा प्राप्त उदाहरण/सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। जो भी हम हस्पताल द्वारा ले रहे/ले रहे हैं किन्तु हमें उम्मीद/प्रतीक्षा का सुझाव देते एवं हमारा/होस्पिटल का कोष का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। हमारे/होस्पिटल में कोई भी इलाज सुझाव और जाने जाने को पूरी जिम्मेदारी लेते एवं हमारा/होस्पिटल को होश और "कोशिका" को कोई सुझाव या विनिर्देश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATIONSIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2