

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0225/3605		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 13/2/25		 PROF - 16ptOP 3605 - Subbamma			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Subbamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60				SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम : Ranappa							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Gundlupet, Chamrajnagar, Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : 11							
OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : UNMARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : —		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
AN No. स्थाई 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 लगायें) : 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 सम्बन्ध			
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोति का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Dagnosis TR - Cataract LE - Cataract						
2	Surgery TR - Cat + PCOL						
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 कौी गई सहायता राशी					
1	DBES	8000/-					

- 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न से दिये गये प्रश्नों विभाग मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कौशिक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वैशिशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य अज्ञात/निर्धार्य/योग्य कम्पनी में न हो निष्ठा है और न ही परिवार में वृत्तः

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 का अपने हस्तक्षेप या अंशों की राय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दाग, पावन/पाव से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसन्नित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेख को उपलब्ध या अंगुली का निशान



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 अधिभूत, हमलक्ष्यी की ओर से मापले-रंगे को “कोशिका फाउन्डेशन” से विधाय सहायक हेतु मिफॉरिा की जाती है, जिसे हम (हययतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही संविधान में विविध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रेष्ठ से उठाए होगी/पायले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विनाशित उठाए के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/पकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो असम्मान किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस भूधित में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मान द्वितीय मंदर उठाए होगी/पायले में हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता को संविधान प्रकृति की है। रोनी या इम्पलान्ट द्वारा सी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं इम्पलान्ट के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इम्पलान्ट से रोनी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोनी एवं इम्पलान्ट की होगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi pathi N
Member Outreach

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreechha Eye Care Trust.)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

नाम च पद इत्यस्याल्ल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 ग्यासी हम्तावा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हज्जाज २

Exempel

2020