

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 10225/3819		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 21/2/25			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sanyama		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 60	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम 108 Siddhigauri					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता #119, main road B. S. P. H. Hobli, Malavalli Katakoti, Koneganahalli, Mandya, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता 11					
OCCUPATION: व्यवसाय home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		pre op post op 3819 Sanyama	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्वयं खाली 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)					
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	Siddhigauri	74	M	husband	
2	Sanyama	34	M	son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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 विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis: RE cataract RE cataract Surgery: RE cataract				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशी		
1	RBC		2000/-		

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 प्रकल्प में निम्न तथे सचो विचारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महात्मा निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महात्मता रसि "कोनिका कास्टन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में प्परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिन महात्मता हेतु यह घोषणा की गई है, उस रसि का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/चौथी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर 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: ☐ I/We do not seek assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

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.

1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से जहाँ योग्यताओं में लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विज्ञान तथा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिक/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भद्र उस योग्य/योग्य हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फायनेन्सिंग" से तो मैं महापाता कोसल विविध प्रकृति को हूँ। रोणी पर हम्मलत ड्रग थी गई सलल व किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होनी एवं हम्मलत के बीच का विषय है और "कोशिका फायनेन्सिंग" ड्रग किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिये हम्मलत में रोणी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हम्मलत को होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshminipathi N.

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care, 17118.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Pond Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपराधन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Plastic & Reconstructive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपस्थेय हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासौ इत्युक्तम् २