

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No.: B/0719/0324 APPLICATION DATE: 17/7/19

NAME of APPLICANT: L. Narayanaamma AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Krishnaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: P. Ten. Chittoor Dist, Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: P. Ten. Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45,000/- [Family Income]

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Subramani                                         | 40                         | M              | Son                                           |
| 2                      | Nurali                                            | 31                         | M              | Son                                           |
| 3                      | Thampuranamma                                     | 38                         | F              | daughter                                      |
| 4                      | Anuswitaamma                                      | 37                         | F              | daughter                                      |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये किसी आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आधार का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनय का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Don't                                                                                       |
|                        | 1 eye eye                                                                                   |
|                        | Since 4 Tol                                                                                 |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        | BWTH                                      |                                                           |



0324 0324  
L. Narayanaamma, Narayanaamma  
P. Ten. Chittoor P. Ten. Chittoor

**DECLARATION by APPLICANT: (अवेक) द्वारा घोषणा 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग उम्मीद के रूप में दिये विवरण के लिए, जो इस प्रकरण में प्राप्त प्राप्त है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं हूँ, इस दान का उपयोग या प्रमाण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो किया है और न ही भविष्य में किया।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेक) द्वारा करार**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वार्डन' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, वाचनाय दूर उद्देश्य से छुट्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व यादगार अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उम्मीद के लिए या विवरण प्रकाशित और प्रमाणित होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अवेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल) द्वारा करार**

- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समर्थन/एंगेजी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सत्य व अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रमाण या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद के लिए या तो प्राप्त है, वे तो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उम्मीद के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/प्रमाण हेतु मांगत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उम्मीद के लिए किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। एंगेजी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंगेजी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में एंगेजी के प्रमाण सुरक्षा और अपने अपने को सही जिम्मेदारी एंगेजी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>13/12/19 | <br><b>Dr. Rachel Joseph</b><br>DOMS, FIG<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप नं. 55457 | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>डॉ. रवि कुमार सिंह<br>Director, Koshika Eye Hospital Road<br>100, T.C. Road, Bangalore - 560 002 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिम उपयोग हेतु

|                                                     |                                                     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|                                                     |                                                     |