

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	BL0324/3065	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 24/3/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Nalayegowda	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	50
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी जीवा नाम:	Slo Bonnegowda	SEX लिंग:	m
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बायां अवासीय जीवा		mara Shettyhalli - Koppally - M Hassan Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय जीवा		11	
OCCUPATION: जीवास्थापन:	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	28,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): म्हण आप आय कर रहा है (जो मासम हो उस पर सर्वी का निश्चल लाभ है):			
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
①	Lakshminna	60+	F
②	megha	23+	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गांवीं एको के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी हो गए आवेदन सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS :- RE cataract LF cataract		
SURGERY :- RE cat + PCOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्तरीय सहायता राशि	
①	DBTS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

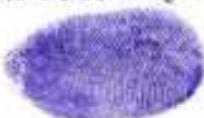
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 हूं कि इस प्रकार मेरे लिए गयी विवरण ये जनकारी को अद्वितीय सत्य बत्ते मही है। यदि कोई विवरण इस कानून अनुच्छेद पापा बत्ता है तो मेरी महापत्र निरल को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र याती "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार मेरा बत्ता है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विवरण महापत्र हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गणि का अधिक या अकल विस्तृत विस्तृत अन्य स्रोतोंनी बीमा कर्मी से न सो लिया है और न ही भविष्य में होता।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 fulfilment 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 प्रकार पर अपने हाथाधार या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महापत्र को पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्त में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, उत्तम, सावधान तृप्ति, उद्देश्य में तुरी गतिविधियों और उत्तमाभियोगों के लिए किसी भी दावत या विवरण से प्रतिकृति करने के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्त का विवरण में इतना जो बात या घटना में करारे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों में प्रतिकृति है तुरी स्वतः महापत्र का लकड़ा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय का विवरण अविवाद और बाब्बाकारी होगा।

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

आवेदक के हाथाधार या अंगते का लियान



**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्तल 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.

इनमें अधिकृत, इस्पत्तल की ओर से मान्यताप्राप्ती को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण महापत्र हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (इस्पत्तल) निम्न प्रकार मेरा नाम व मान्यता करते हैं।

- 1) यह कि न हो कानून और न ही धर्मिक ने विवरण महापत्र किसी गैर मानकारी मान्यताएँ या विवरण अन्य स्रोत से उक्त उपर्युक्तमात्रे में लेंगे या से ले हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणितवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र विवरण अधिकृत/ग्राहक हेतु अन्य नहीं विवरण जाता है तो अस्पत्तल की अन्य गैर मानकारी मान्यता या विवरण अन्य मान्यताएँ संतुष्टि रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पत्तल द्वितीय भरत उक्त उपर्युक्तमात्रे हेतु किसी गैर मानकारी संस्था या विवरण अन्य मान्यताएँ में नहीं लेंगे/लेती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से तीन गैर महापत्र संबंधित विवरण प्रकृति भी हैं: गैरी पर इस्पत्तल द्वारा ही नहीं बत्ता या विवरण गैरे उपलब्ध/प्रक्रिया का चुनव देनी एवं इस्पत्तल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसीसे इस्पत्तल में गैरी के इतना सुखा और आवे जाने की तरी विवरणी गैरी एवं इस्पत्तल की होती है और "कोशिका" की कोई खुम्खिया या विवरणी इस मान्यता में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संतुष्टि

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(Autograph of Manager of Hospital)  
No. 15, 2nd Floor, Kanchanbagh, Bangalore - 560043  
Mobile No.: +91 98800 12345  
Email ID: info@koshikafoundation.org

Date of Surgery अंगते की तारीख <i>27/13/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Eye Bank & Eye Bank Area KMC Bangalore 560043	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्भूत उपयोग हेतु
--	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हाथाधार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हाथाधार 2