

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/0424/0069	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	23/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	malligamma		AGE-YEARS: वय-वर्ष
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	10/0 siddappa		SEX: लिंग
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासना जावाहारलाल पटा Yardalli P.O. modalli, Dist. Chikmagalur Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पटा II	
OCCUPATION: निवासाधार	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (अप्पे का साथ संलग्न)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	—		(Attach Proof of Income) (अप्पे का साथ संलग्न)
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मास आय आद कर रहा है (जो जाना ही उस पर सही का नियान लगायें)			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित अधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भावासी और बच्चे प्रणाली पर (प्रणाली पर की जाना चाहि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ आय का प्रणाली पर (प्रणाली पर की जाना चाहि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रणाली पर की जाना चाहि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिटर में जड़ी की नई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis  RE-cataract RE cataract		
Surgery - LC cataract			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED नई नई सहायता राशी	
②	DBGS	3000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा दीवाना चर्चा:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस आक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्त्व एवं गति हैं। यदि कोई विवरण एवं कामना अवश्य प्रयोग करता है तो मेरी महापात्र मिस्ट्री की जा जाती है।
- 2) मैं द्वारा जो महापात्र या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए दिया जायेगा, जो इस आक्रम में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विवरण महापात्र द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस गति का निर्णय या सहायता विस्तृत विवरण मेरी अवधि और नियोजित/वीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही अधिक या गहरा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा कराया)**

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 प्राप्ति के लिए इस्तेवाकार या अप्लिकेशन की जान लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अपनी महापात्र की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीर्स" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, छोटी जौही जो विवरण इस प्राप्ति में संलिपित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासीर, द्वारा, व्यापक/या तुरन्त उद्देश्य में जुड़ी परिवर्तितियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी भी प्रमाण प्राप्ति में प्रत्यक्षित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरी इच्छाएँ के पालने पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यासीर अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस बात में सहमत हूँ कि ये नाम, पता, छोटी और विवरण जो कि महापात्र के उद्देश्यों में प्राप्ति हैं मुझे न्यासीर प्राप्ति का हक्कदार नहीं कहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीरों का निर्भय अधिकृत वापकारी होगा।

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

अप्लिकेशन के लिए महापात्र के नाम का विवरण



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

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

इन्हें अधिकृत, हस्पताल की ओर से यापत्ति/प्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से दिलीप महापात्र हेतु विवरणित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निज ड्रगर से मानव व मनुष्यकर करते हैं।

1) यह कि न ही परिवर्तन और न ही परिवर्तन में विवरण महापात्र किसी गैर सहकारी संस्थान के विस्तृत अवधि संस्थान में उपलब्ध हो रहे हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित/विनियोगी उद्देश्य में सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा काम हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापात्र विवरण न्यासीर/हस्पताल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो मन्दूर विवरण न्यासीर/हस्पताल के लिए अपने संस्थान से महापात्र संस्थान का अधिकृत मुख्यित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि मन्दूर विवरण यह उद्देश्य से नहीं लिप्त/लिप्त होता।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में सी गई महापात्र के लिए इच्छित की है। योगी पर इच्छाकार द्वारा यह विवरण या उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव देती है एवं इच्छाकार

वो बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण या कोई उद्देश्य नहीं है। इच्छित इच्छाकार में योगी के इच्छाकार नुस्खा और जाने जाने की सही विवरणीय रूप से दी जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
सहकारी के लिए संक्षेप**

Date of Surgery बीप्रोस्ट की तारीख <i>23/4/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Eye Surgeon & Refractive Surgery, KMC No. 90244	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Diabetics & Eye Care, Gurgaon (A unit of Shradha Eye Care Trust) 3101/1, Thimmisandra Road, Miller Tank Road Area
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासीर हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासीर हस्पताल 2