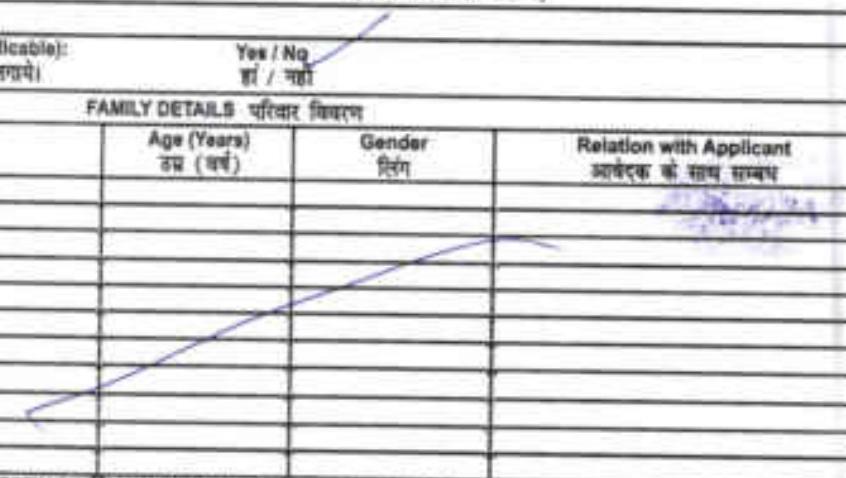


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/0423/0070	APPLICATION DATE: 07/04/23 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Gowramma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकुल का नाम:	Wlo Hucchappa	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान वासस्थान पत्ता Chikkadkatti, Tumkur Taluk Tumkur - District, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाइ वासस्थान पत्ता Same as above				
OCCUPATION: अवसरपूर्ण	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—	(Attach Proof of Income) (आय का शास्त्रीय संलग्न)		
PAN No.: स्थाइ ग्राहक संख्या:				
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आप अप कर रहा हूँ (जो आप हाँ तभ पर माही का निशान लगाये):				
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 चिन्तित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोक के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छोड़ संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लम्प अवय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छोड़ संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ छोड़ संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis		RF - Cataract	
			LF - cataract	
2	Surgery.		LF - cataract + PCD	
ASSISTANCE BEING AVALUED 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 AVALUED हेतु गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: स्वाक्षर द्वारा संचयन करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गए मापदण्डों के अनुसार मत्त्य एवं जीवी है। और कोई विवरण इस कानून अनुसार यात्रा है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- मैं द्वारा योग्यता दिलाई गई "कोशिका फाउंडेशन", यो सीधे योग्य है, यात्रा उपलब्ध उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- मैं पूर्ण करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह मापदण्ड की गई है, उस घटना का अधिक या उक्त विवरण में बदलाव नहीं करनी चाहिए वर्तमान भौतिकीय/वर्णन कम्पनी से या उसे लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अधीक्षक द्वारा कराया)

- 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.
- 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.
- इस प्रकाश पर आरोग्य सहायता या अंगठी योग्य यात्रा का लाभांक, ये (अधीक्षक) मापदण्ड की पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उपलब्ध नामों" को अधिकृत करता हूँ कि योग्य यात्रा, योग्य और योग्य विवरण इस प्रकाश में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं नामों, एवं, यात्रा उपलब्ध से जुड़ी विवरणों और उपलब्धियों के लिये कियी गई प्रशंसन यात्रा से प्रभावित नहीं होती है। मेरी यात्रा का विवरण योग्य इतना होने या यात्रा में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामों अधिकृत है।
- ये (अधीक्षक) इस यात्रा में सहायता हूँ कि योग्य यात्रा, योग्य और विवरण योग्य कि सहायता की उद्देश्यों से प्रभावित है योग्य यात्रा, यात्रा का इतना योग्य यात्रा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपलब्ध नामों यात्रा विवरण अधिक योग्य यात्रा की यात्रा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधीक्षक के इतनांश या अंगठे का लिया।

AGREEMENT by HOSPITAL (इतनांश 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:

- 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.
- 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.

इतनांश अधिकृत, इतनांश की ओर से आवाहनों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु लिया गया योग्य यात्रा करते हैं।

- यह यह न कि योग्य यात्रा में विवरण सहायता कियो गया या यात्रा की अन्य लाभों से इतना संतुष्ट/यात्रामें संतुष्ट या ऐसे योग्य है, ये कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण दिया है उसके कानून या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्य है कि है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधीक्षक/यात्रा की योग्य यात्रा है तो अस्पताल कियो गया या यात्रा की अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय योग्य यात्रा सहायता देता है योग्य यात्रा या यात्रा की अन्य सहायता से नहीं संपादिती है।

- "कोशिका फाउंडेशन" में योग्य यात्रा के लिये योग्य प्रदृष्टि की है। योग्य यात्रा का इतना योग्य यात्रा का योग्य प्रदृष्टि का योग्य प्रदृष्टि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियो गया योग्य यात्रा का कोई दस्तावेज़ नहीं है। इसलिये अस्पताल में योग्य यात्रा की इतना सुनहरा और अन्य यात्रा की योग्य यात्रा योग्य यात्रा होती है और "कोशिका" भी योग्य योग्य यात्रा का विवरण दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधीक्षक के लिये संस्थापनी**

Date of Surgery अधीक्षक की तारीख 09/04/13	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant Ophthalmologist & Refractive Surgery	 Mr. Lakshminath N. Marwah Institute for Rehabilitation & Care (A unit of Shrikrishna Eye Hospital & Research Foundation) G-10, Sector-15, P.D.O., Mohali, Punjab - 160046 (India) Ph: +91-98684-22499
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION # वार्षिक दस्तावेज़ बैच रोड, Miller Tank Bed Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इतनांश ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इतनांश 2