

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE स्वास्थ्यता हेतु आवेदन प्राकल्प		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	B/0424/0079	APPLICATION DATE आवेदन तिथि :	23/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Rangaswamy	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	74
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कानूनी जीवन	810 Rangaiah	SEX लिंग	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासयन आवासीय पता H 128, chikkalkudy Hassan, Tunga Chamundi Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	
OCCUPATION : जबरदस्ती	unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (जीव का साक्षर संबंध)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्षर संबंध)	
PAN No. स्पष्टीकृत संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): १. आय आय कर रहा है (जो मानव हो उस पर मरीज का निशान लगाये)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के तारस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Govramma	634	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिये दिनांक आयात			
BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेग्यु का भीड़ यात्रा पत्र (प्रमाण पत्र को जारी घोषित करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की इच्छा पत्र (प्रमाण पत्र की आय प्रति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आय प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संदर्भ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायाता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य;			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis R-Catarract L-B catarract		
SURGERY : LT Cat TPC (TOE)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किससे अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: नियंत्रक 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 ज्ञात करता हूं कि इस ज्ञान में लिखे गये सभी विवरण मेरी सहायता के अनुपात समय एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कठत अनुपात समय बाहर आया है तो मेरी सहायता नियंत्र की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की गयाताकरण यह "कोशिका कारबोरोन", से ही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मैं आया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस्तृत ज्ञान की ओर यह सहायता की गई है, उस योग का अधिकार या सकल विषय किसी अन्य घोषणाप्रदाता/दीवाय कामगारी में न हो लिया है और न ही भवितव्य में है।

AGREEMENT by APPLICANT (ज्ञायेक 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 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 प्रति मैं अपने इस्तमात्मक या अंगठी को छाप लगाकर, मैं (ज्ञायेक) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका कारबोरोन" को अधिकृत करता हूं कि ये यह, यहाँ और यह विवरण इस प्रति मैं लिखता है, उसे "कोशिका" एवं, नामी, दाता, याचनाका दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी भी प्राप्त समय से प्रत्यागत करने के लिए "कोशिका कारबोरोन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (ज्ञायेक) इस बात से महसूल हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रतीक्षित है उसे सही सहायता का उक्तावान नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं, उसके नामियों का विशेष अधिकारी भी नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षक के इस्तमात्मक या अंगठी का लियान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्तक 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमाँ अधिकृत, हमाराही को अंगठी में लगाएरोंगी कि "कोशिका कारबोरोन" से विविध सहायता हेतु विभिन्नीय को जारी है, जिसे हम (इस्पत्तक) नियंत्रकर से मानव व स्त्रीलाभ करती है।

1) यह कि = हम अंगठी और न ही भवितव्य में विशेष सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी भी अन्य संस्था से उक्ता दोस्री/स्त्रीलाभ में लेने का तो नहीं है, वैसे कि हमने "कोशिका कारबोरोन" से विभिन्नीय/विभिन्नीय उक्ता की सहायता में "कोशिका कारबोरोन" द्वारा यहाँ लिया गया अधिकारी नहीं किया जाता है तो अस्पत्तक किसी अन्य भी सहायता की स्त्रीलाभ का विवरण नहीं लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में दाता कहा जाता है कि अस्पत्तक द्वितीय यहाँ उक्ता दोस्री/स्त्रीलाभ में लेने की सहायता भी नहीं है।

2) "कोशिका कारबोरोन" से जीर्ण गई सहायता की ओर विविध प्रकृति की है। योगी या इस्पत्तक द्वारा ही गई जलवाया का विवरण गये तपाचा/प्रक्रिया का चुनौती होती एवं इस्पत्तक की बीच का विवरण है और "कोशिका कारबोरोन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दाता नहीं है। इसीलिये इस्पत्तक में दोस्री के इताव सुना और अपने जाने की स्त्री विभिन्नीय दोस्री एवं इस्पत्तक की दोस्री और "कोशिका" को कोई भूमिका या कियेगी इस सहायते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संकेती

Date of Surgery
अंगेशन की तारीख
23/03/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Refractive
Surgery & Cataract (With Stamp)

Mr. Lakshmi Pathi N
(Name, Designation & Date Authorised Signatory)
Institute for Eye Care
(A unit of Shrikrishna Eye Bank Trust.)
16M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इस्तमात्मक ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इस्तमात्मक ।