

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	BLO42410084	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	53/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Gowranna	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	75 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्तुष का नाम:	Madeshwarappa	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासान अवासीय पता: House No 55 Murlimalli Nonnawalli Hobli Tiptur Taluku Tumkuru district Karnataka	post -op post -op 0084 Gowranna
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पता:	11		
OCCUPATION : अवस्था:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (मरियाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संसाधन)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय:	✓		
PAN No. नियमी नुमा संख्या:			
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप का याता है (जो माल्य हो उस पर गही 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 चिन्हित आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेत के जीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म जन वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जर्मलाएँ/ड्राफ्टर से जारी की गई चिकित्सन मूल्य संलग्न		
①	Diagnosis	RF catatonic	LF-catatonic
Assistance being availed 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 AVAILED ली गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** नामेनक द्वारा लिखना पर्याप्त:

- 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण भी जास्ती की अनुमति सत्य एवं गही है। यदि आप विवरण एवं कारबन बाबल पाया जाता है तो मैंने जड़ापत्र निभाल की जा जाएगी है।
- 2) मैं द्वारा जी जास्ती की अनुमति "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विवरण का अधिकारी या सकल विवरण किसी कानूनी/प्रौद्योगिकी/वैदिक जास्ती से न तो लिया है और न वीर्यमाला में लीया।

**AGREEMENT by APPLICANT (नामेनक 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 it's 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 प्राप्ति पर अपने इस्तमाल का अधिकारी की जानकारी में (आवेदक) अपनी जड़ापत्र की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने जन्म, जन्म, घोटाले और जो विवरण इस प्राप्ति में लिया है, उसे "कोशिका" प्रधान न्यायी, एवं जाबनाया हूँ। इसे उद्देश्य में भुजी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्ति या वापसी से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। ये इस प्राप्ति का विवरण में इतना के बातें जो जन्म में जन्मने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जान से जड़ापत्र हूँ कि मैंने जन्म, जन्म, घोटाले और विवरण जो कि जड़ापत्र की उद्देश्यों में वर्णित है चुनौती स्वतः जड़ापत्र का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रधान उसके न्यायीयों का विरोध वित्तीय और वापसीकारी होगा।

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

आवेदक की इस्तमाल का अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतल 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.

एवं अधिकृत, इस्तमाली की अपर्याप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जड़ापत्र की जाती है, किसी हम (हस्पतल) निम्न उक्ताव में जन्म व इस्तमाल करते हैं।

- 1) यह कि न तो जास्ती और न ही अधिकृत में वित्तीय जड़ापत्र किसी और जास्ती की अपर्याप्ति से उक्त योगीयामते में लीये या ले रहे हैं, ये कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उक्त की अपर्याप्ति में विविध "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरद देते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जड़ापत्र वित्तीय अधिकृत/उक्त द्वारा जड़ापत्र देते हैं तो अस्तमाल किसी अन्य और जास्ती की अपर्याप्ति से जड़ापत्र देने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तमाल द्वितीय प्रधान उक्त योगीयामते देते हैं कि जास्ती की अपर्याप्ति द्वारा जड़ापत्र देने की जारी जिम्मेदारी देते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई जड़ापत्र के बाहर वित्तीय प्रवृत्ति की है। ऐसी या हस्पतल द्वारा दी गई जास्ती वापसी/प्रक्रिया का चुनौती देती एवं हस्पतल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई दावा नहीं है। इसीलिये हस्पतल में दी गई के इतना जुका और जाने वाले की जारी जिम्मेदारी देते हैं एवं हस्पतल की होती और "कोशिका" की जारी भूमिका या विवेदीय इस जास्ती में जारी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

# 180/1st/Bengaluru/FD/2014/M/04/Authorised Signatory  
on behalf of Hospital

नम्बर वा पर उपलब्ध अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंपारान की तारीख <i>23/4/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244	FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION
---	--	--

अन्तरिक उपलब्ध हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्पतल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्पतल 2