

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blo42410088	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	23/4/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Nannamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	73	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	110 Beeraappa	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान वासस्थान चाला		111. K. hakekhale Konehilli post		
TUMKUR KARNATAKA		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय चाला		
OCCUPATION: अधिकारी	Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—		(Attach Proof of Income) (आय का साझे संतोष)	
PAN No. नियमीय खाता संख्या:	PR-OP POST-OF 008 Nannam			
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):				
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
①	Beeraiah	604	m	Husband
②	Kannihayu	654	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेता के नीचे प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की स्थिति प्रति संतोष करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप एवं प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की स्थिति प्रति संतोष करें)	Ration-Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की स्थिति प्रति संतोष करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संतोष			
①	DIAGNOSIS : RE-cataract RE cataract			
	Symptom:- RE catarract progressive			
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 ली गई सहायता राशि		
①	DRCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघरण प्रकाश:

- 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 संघरण करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण भौतिकीय को अनुमति देता है। यदि कोई विवरण एवं कामना असत्य लगता है तो मैं भौतिकीय नियम को बदल सकता हूं।
- 2) मैं द्वारा जाहाज़ द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", जो भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
- 3) मैं नुस्खा करता हूं कि विषय सहायता हेतु यह उपर्युक्त भी नहीं है, उस तरीके का वर्तीकरण या सकाल दिसं किसी अन्य घोषणाएँ/धीर्घ बाल्यावासी ने न तो लिया है और न भी भवित्व में रहता।

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 पा. अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को जाप लगाकर, वै (आवेदक) अपने सहायता की नुस्खा करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि यह यथा, योगी और जो विवरण इस प्रकार में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, यथा, सहायता द्वारा उद्देश्य में युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार व्याप्ति में प्रभावीकृत करने के लिए अधिकृत है। योग यथा का विवरण मेरे इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) वै (आवेदक) इस कार्य से गहराया हूं कि मैं यथा, यथा, योगी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में दीखता है युक्त यथा का हक्काधारी नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का विषय अतिम और बाधकाती होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पातल 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 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.

- इन्होंने अधिकृत, हस्पातली की ओर से यापत्तीदारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकल्पित की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) इन प्रकार भी बताकर करते हैं।
- 1) यह कि न तो गंभीरता और न ही भीतियां में विविध सहायता किसी गैर सहायता संस्थान या किसी जल्द सात से उच्च योगी/यथावत में तोरे या से रहे हैं, ऐसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिनांकी अधिकृत/सकाल हेतु यन्मुक् नहीं किया जाता है तो असाधारण विविध गंभीरता सहायता किसी अन्य गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता हेतु को अधिकारा भूमिका नहीं रखता है। इस पूर्ण में सहायता का योग्य तरीका यथा योग्य सहायता हेतु विकल्पी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं भेजा जाता।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" में गैर सहायता को तोल विविध प्रकृति की है। गैरी पर हस्पातल द्वारा ये गैर सहायता या किसी गैर सहायता का चुनाव योगी एवं हस्पातल के भीतर का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पातल में गैरी को इसका युक्ता और अन्य जाने की सही विवेदिता एवं एवं हस्पातल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किसी गैर सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगीरण की तारीख <i>23/4/24</i>	Dr. Laxmi Pathi MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Eye Surgeon & Refractive KMC No. 90244	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Nurs. Designable Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shoshanahalli Eye Care Hospital) # 15/M, Thimmannapura Road, Bangalore 560041, India
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पातल 2