

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

BLO42410095

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

23/11/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Sayaramaiah 63 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

Slo siddaiah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्यान अवासीय पता

#36, mathimalli a/p post Kasibudihalli
Tiptur karnatakkanahatti town

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता

Kishakat



pre-OP post op
0095 sayaramaiah

OCCUPATION:
अवश्यकता

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक भवय

(Attach Proof of Income)
(जाय का साक्ष्य संलग्न)

AN No. स्वाइट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर जही का विशेष लगाये):

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS गाँविका विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member गाँविका के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के जाय सम्बन्ध
①	Sali thamma	574	फ	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशी आवश्यक

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के भीतर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	अन्य अवाय प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	अन्य कार्ड साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा वाली सूची संलग्न
①	Diagnosis : PTC cataract LSC cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विविध 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: निम्नलिखित द्वारा घोषणा करता है:

- 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 आपका काला हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये हैं कि मैंने अपना अस्थि जल्दी ही भर लिया और उसके बाद यह काला है तो मैंने महाप्रद निरुद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो जल्दी यह "कोशिका फाउंडेशन", जो जीवन की तरफ से उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण दिया गया है, जो इस प्राप्ति में यह गया है।
- 3) मैं तुम्हें काला हूँ कि विस महाप्रद हैं तुम प्राप्ति की गई है, उम्मीद का अधिकार या सकार हिस्सा विसे अब छोड़ दियो जाएगा क्योंकि मैंने न तो लिया है और न ही खोया है तृप्ति।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करता)

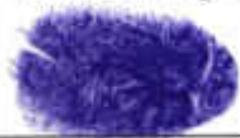
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर आपने इसलिए यह आवेदक को तुम्हें काला हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जल्दीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने जल्दी भर दिया है, उम्मीद कोशिका "एवम् जल्दी, दार, यात्रकथा दूसरे वर्षों में जुही जीवनभित्ति और उपलब्धियों को उत्तराधिकारी तो लिये विसी भी प्रस्तर यात्रामें द्वारा लिया जाने वाले अधिकृत हैं। मैंने प्राप्ति का विवरण मेरे इत्यत्र के बातों का बार में जाने वाले लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जल्दी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में महाप्रद हूँ कि मैंने जल्दी, दार, यात्रकथा और विवरण जो कि जल्दी यह कालों में द्वारा लिया जाया जाएगा विसी अधिकृत यात्रामें जुही जल्दी, यात्रकथा विसी अधिकृत यात्रा नहीं बनाता। इस अस्थि में "कोशिका" एवम् उसके जल्दीयों का लियाया जानीय और बाब्बाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जालीक के इत्यत्र का जाली का लियाया



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा करता)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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.

इसपर अधिकृत, हास्पिटल की ओर से जाली/जाली को "कोशिका फाउंडेशन" में लिया जायगा हूँ कि जल्दी है, जिसे हम (हास्पिटल) निम्न जाली में जाली करते हैं।

- 1) यह कि वहाँ जाली जाने और न ही भवित्व में लिया जायगा किसी और साकारी अस्थियां या किसी अस्थि जाली से उपर जालीयां जाली में लेने या ले जाए है, जैसे कि इसपर "कोशिका फाउंडेशन" में लिया जायगा किसी और साकारी अस्थि में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा किसी अस्थि और साकारी अस्थि में जाली जायगा है तो अस्थियां जाली जाने और साकारी अस्थि या किसी अन्य साकारी से जाली जायगा है। इस पूर्ण में स्वप्न जाला जाता है कि अस्थियां द्वितीय यात्रा जाला जाता है जैसे कि साकारी जाली जाने जाली में नहीं लेना जाता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में जीवन की जाली जाली को लिया जाएगा है। ऐसी पर हास्पिटल द्वारा यह जीवन की जाली जाली को लिया जायगा जो कि अस्थियां/अस्थियां या जुरायी जीवन की जाली जाली हैं।
3. "कोशिका फाउंडेशन" में जीवन की जाली जाली को लिया जाएगा है। ऐसी पर "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई यात्रा नहीं है। अस्थियां हास्पिटल में जीवन की जाली जाली सुखा और अन्न जाने की जाली जाली जाने की जाली जाली है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्थीरकृति के लिए संस्कृति

Lakshmi Pathi

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Endocrinology Care
10M, Thimmaiah Layout, 10th Main, 1st Cross,
Bengaluru - 560034
Email: npathi@indiaidc.org
Mobile: +91 98800 12345
Date: 04/03/2024

Date of Surgery
जालीयां की तारीख
93/4/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Practo & Refractive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हास्पिटल 1

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हास्पिटल 2

S. S. S. S.