

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	Blou241009B	APPLICATION DATE आवेदन तिथि :	03/4/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :	Lakshmaiah	AGE-YEARS : वय-वर्ष	40
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कर्तव्यका का नाम :	Slo Dulaiah	SEX : लिंग	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तीमान बसावासीका पाला		mathihalli A T post Karabba Hobli	
DTH/DR : 10mker karnatakg		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : व्यापार आवासीका पाला	
OCCUPATION : अवस्था	unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जाप का साक्ष्य संलग्न)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			
AN No. स्थाई नाम संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाप कर रहते हैं (जो मानव हो उस पर जही 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
①	chandru hukar	34	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनामि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण प्रद (प्रमाण पत्र को जाप और संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल अम वर्गी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाप भ्रष्ट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप भ्रष्ट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE महायता हेतु किये गये विनामि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis RF cataract RF cataract		
Emergency : LF cat + Prolapse			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता विनामि अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्थी गई महायता राशी	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा प्रा-

- 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) ये सार्वजनिक काला हैं कि इस प्रकार ये दिव्य गम सभा विवरण में जीवनकाल का अनुपात समझ सकता है। यो काला विवरण द्वारा कल्पना जीवन का नहीं बताता है यह भविष्यात्मक विवरण का नहीं बताता है।
- 2) ये द्वारा जो साधारण रूप "कोलिका पातालविश्वन" , ये जीव कही है, उसका उपर्युक्त उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृति में भरा गया है।
- 3) ये पुरुष काला हैं कि विवर साधारण हैं यह जीवन की एक है, उपर्युक्त कर जीविक ये सकल विस्तर इसकी अन्य सार्वजनिकोंसहीया कामगारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में भी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा अमान)

- 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 fulfillment 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 चारा का अन्ते हमसहा या जीवों की साथ उत्तमता, मैं (आवेदक) अपनी मानवति की मुट्ठी काला हूँ एवं "कोशिका प्रारंभिक और उत्तरों-न्यासीय" को अधिकृत काला हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और जिवाच इस प्रकार में खालिक है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, प्रकल्पका तरीके उद्देश्य में जुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये बिही पीछा नामांग में प्रयोगित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयोग का जिवाच यह इसका के गहरी या बद में कारण के लिए "कोशिका प्रारंभिक" व नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस चाल में सहजत हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और जिवाच जो कि सहजत के उद्देश्यों में खालिक हैं मुझे स्वतः महापता का हकदार नहीं कहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसकी न्यासीय का नियम अधिक और जालकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थिक के अस्तवार का अंगठी का नियान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पित द्वारा करा)

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.

इससे अधिकार, उपलब्धी की ओर से भास्तुओंगे को "कैलिपाव जानवेशन" से विचित्र महानाया हानि दिलचरीय की जाती है, जिसे इम (हाम्पलाट) निन ड्राकर में मन्यव क नीतिका करते हैं।

- 1) यह कि न हो सर्वाधार और न ही भौतिक में वित्तिय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान पर किसी अन्य संस्था से उपलब्ध न होने वाले वित्तीय सहायता में जारी रहे हैं, ऐसे कि हमने "कॉशिका फाइनेंस" से सिस्टमिक विपत्ति वाले के सामने ये "कॉशिका फाइनेंस" द्वारा बदल हुए रहे हैं कि है। और "कॉशिका फाइनेंस" द्वारा सहायता विनियोगीकरण हेतु मन्त्रुक नहीं किया जाता है तो असमान किसी अन्य गैर साकारी संस्था पर किसी अन्य सम्बन्धित संसाधन से सहायता देने का अधिकार मूर्खित रखता है। इस पृष्ठे में स्पष्ट करा जाता है कि असमान डिलीप बदल उक्त उपलब्धताएँ हुए किसी गैर साकारी संस्था पर किसी अन्य सम्बन्धित संसाधन से नहीं सेपालेगी।

२. "कोंशिका फाइनेंसन" से ली गई महापाता बैंकल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी पर इसकात द्वारा यही समझ या किसे नहीं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसकात के बीच या विषय है और "कोंशिका फाइनेंसन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इसकात में लोगों के इच्छाव सुनका और अपने जाने की सभी विस्मयणीय ऐसी एवं इसकात को होती है और "कोंशिका" की कार्यालयिक या विस्मयणीय इच्छामानी में वही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सन्दीयाती के लिये संस्कृति

Date of Surgery
अंपात्रण की तारीख

**Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
Consultant, Phaco & Refractive
KMG Navi Mumbai**

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A Unit of Diabetes Eye Care Trust)
on behalf of Hospital)
18/M, Thirumangalam, Chennai - 600017

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय गुप्तसामग्री का संकेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safary

eric B