

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	BLO424/0108	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	30/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Lakshminarayana	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	120 Nanigowda	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वासासीध पता		mallingayapura uppalagene koppalu malavalli 5 mandya D K R District	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासासीध पता		11	
OCCUPATION: प्रवासीपत्र	None major		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल सार्वजनिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष लेखन)
PAN No. स्थाई रक्तांश संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1. यदि आय कर रहा है (जो मात्र 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) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Nanigowda	614	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरी आया			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता होता संकेत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता होता संकेत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता प्रति (प्रमाण पत्र की जाता होता संकेत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जलसाल/कीफियत में जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS RF cataract LT cataract Surgery AD mit + PCTOJ		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES 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	DSTC	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: नवाएक द्वारा की जाना जाएगी।

- 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 चाहता/चाहती हूं कि इस प्राप्ति में लिखा गया ये अन्यथा कोई अनुमति नहीं है। यह कोई विकल्प या काम का बदला नहीं है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जी सहायता यांत्रिक फाइब्रोज़ेटन, जो भी था ही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पूरी काम हूं कि लिखा सहायता होना यह प्राप्ति को गई है, जहाँ यहाँ का अधिकार या सहायता क्षमता की तरफ लिखी अन्य छोटीनियोंको दी जाती है और वही भवित्व में ही है।

AGREEMENT by APPLICANT (नवाएक 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 प्राप्ति का अन्यथा कोई लाभ लगाकर, मैं (नवाएक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाइब्रोज़ेटन और उसके नवाएकों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाति और जीवन की विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नवाएक, जाति, यात्रा/व्यायाम एवं उद्देश्य से "मुझे नवाएकों और उपकारीयों" के लिए दर्शित हो जाएगा।
- 2) मैं (नवाएक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जाति, जीवन की विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है, उपर्युक्त सहायता का हक्कान्त नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवाएकों का विविध व्यक्तिगत और व्यापक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

नवाएक को हस्ताक्षर किया जाना चाहिए।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामांकनी को "कोशिका फाइब्रोज़ेटन" से विविध सहायता से जुड़ी विवरणों की जांची है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य बताकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवित्व में विविध सहायता विवरों गैर-सहायता संबंधी या विविध अन्य स्थैतिकों में लिंग या ले रहे हैं, जैसे कि इन्हें "कोशिका फाइब्रोज़ेटन" से विविधीय विवरों तक के सभी प्रकार के लिए उपलब्ध होना चाहिए। यह सहायता विवरों अधिकृत/सहायता होना बन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल विवरों जान गैर-सहायता संबंधी या किसी अन्य भवित्वान्त से सहायता से जुड़ी विवरण सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पटर उक्त एवं व्यवस्थाएँ होना किसी गैर-सहायता संबंधी या विविध अन्य साधारण से नहीं होनी चाहिए।
- 2) "कोशिका फाइब्रोज़ेटन" से ली गई सहायता बंदूर विविध प्रकृति की है। ऐसी जा हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर-सहायता/अधिकृत का चुनाव ऐसी एवं हस्ताक्षर की ओर का विषय है और "कोशिका फाइब्रोज़ेटन" द्वारा किसी व्यक्ति का कोई रखत नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रखी एवं इसका सूझा और आगे जाने की सही विमोजी ऐसी जांच हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई शुभान्वय या विमोजी हस्ताक्षर में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहीकृती के लिए संस्कृति**

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
* 16/M. Thimmaiah on behalf of Hospital Bank Bed Area
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोद्धार की तिथि <i>30/11/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर का संदर्भ.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
---	---	--

आनंदिक उपयोग होना।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवाएक हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाएक हस्ताक्षर 2

Lic/B