

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0424   0119	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	30/4/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Bhagyamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	64	SEX लिंग:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जिता/कानूनी का नाम:	D/o Dnyavaran			F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाटम्पल जबलपुर पट्टा				
Ranapathamole kireguly Hobli ambe mandya malavalli karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जाहाजीप चत्ता				
— 11 —			Pre-op Post-op 0119 Bhagyam...	
OCCUPATION: जऱ्याचा वार्ता	Concierge	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	10,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई चक्रांत संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1 आय आव कर दाता है (जो साध्य हो उस पर सर्वी का निशान लगायें): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उमे (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Dnyavaran	60+	M	Husband
②	Devraj	32	M	Son
③	Dnyavaran	25	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे अमान पड़ (अमान पड़ की जाव प्रति संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ जाव वर्ग प्रधान पड़ (अमान पड़ की जाव प्रति संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) अमान कार्ड (अमान पड़ की जाव प्रति संलग्न को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RF colitis H. cecatit			
Summary : LF cut (PCSOI)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य संस्था से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्था का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशि		
①	PBCL	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा प्रकार:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये यथोचित जानकारी को बदला जाय एवं नहीं है। यदि, कोई विवरण ऐसे काम का बना जाता है तो मैं उसे सहायता निभाने की कोशिश करता हूं।
- 2) मैं दूसरे जो सहायता दिया "कोशिका फाउंडेशन", जो लौटा जा गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं गुण करता हूं कि यिस सहायता हेतु वह प्राप्ति की गई है, उस योग का अधिकार या सकल विस्तृत विधि बन घोषित नियमों विशेषज्ञता के साथ से न ले सकता है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक 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 या आवेदक द्वारा दिये गये जाप जागरूक, जो (आवेदक) अपनी सहायता की चुनौती करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकन" को अधिकृत बनाता है कि मैं यह चाहता हूं, कोई तौर पर योग्य विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामांकन, दाख, गावकाप इत्यादि उद्देश्य में उद्दीपित विधियों और उपलब्धियों के लिये किया जायेगा या इस प्राप्ति में दिया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हेतु किया जाना विवरण में इताबह के जाते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामांकन अधिकृत हूं।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हेतु कि मैं यह, पता, कोई और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित है तुम्हें बताता हूं कि सहायता का इकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का विवरण अधिकृत वापसी करता होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या छांटे का निशान



**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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणाएँ योग्य विवरण में सहायता हेतु विस्तृत जीव जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) यिन प्रकार में याचन करीकरण करते हैं:

- 1) वह कि न तो याचन और न ही अधिकृत विवरण में विविध सहायता किसी और सहायता संस्थान का विकास अथवा गोपनीय से लौंग या तो हो रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बताया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत विवरण हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित विवरण गोपनीय या याचकी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता सेवन का अधिकृत भूमिका रखता है। इस पूर्ण विवरण में सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जारी रखता नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में दोनों के इताबह सुनाया और अपने जाने की सही विमेहार्थी योग्य विवरण की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणीय इस याचने में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौंग याचन के बावजूद विविध प्रकृति की है। योग्य पाइपलाइन द्वारा योग्य याचन या विवरण गोपनीय उपचार/प्रक्रिया का चुनौत योग्य एवं हस्ताक्षर में दोनों का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जारी रखता नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में दोनों के इताबह सुनाया और अपने जाने की सही विमेहार्थी योग्य विवरण की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणीय इस याचने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख <i>30/4/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultants Retina & Refractive टायर कोशिका फाउंडेशन कोशिका फाउंडेशन कोशिका फाउंडेशन कोशिका फाउंडेशन	Mr. Lakshmi Pathi Manager Outreach (Institute for Diabetes & Eye Care) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Shuddha Eye Care Trust) # 15/M, Thimmalapura Main Road, Mysore - 570 001, India Email: <a href="mailto:info@shuddhaeye.com">info@shuddhaeye.com</a>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सन्तानिक उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामांकन 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामांकन 2
<i>Safayal</i>	<i>Lakshmi</i>