

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0423/0126

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/4/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

u/o Rudrappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kothalavadi

Chamarajanagar

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop  
0126 Mahadevamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

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.

- |   |  |
|---|--|
| AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता) |  |
|---|--|

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.

- 1) इस तरह का अपने-हस्ताक्षर या अंशों को छाप लगाकर, ये (आवेदक) अपनी गवाही को पुष्टि करता है एवं "कोशिका कार्टेजेशन और उसके न्यायोच" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, का, कांठी और जो विचारण इस तरह में कोषित है, उसे "कोशिका" एम्पु न्यासी, वान, चवनाका दूसरे उद्देश्य से जुड़ो यतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो तरह का विचारण में इत्यत्र जो पक्षों का मत में जाने के लिए "कोशिका कार्टेजेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

உயரணியுள்ள

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Monitors) hereby affirm & accept full liability:

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही शक्ति में विविध सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कूल से उच्च सीटी-मानकों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिधार्थ/विजिटी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त-सकल हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो अन्त्यतम किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्त्यतम द्वितीय मदद उक्त छोटी-घराने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेना-लेनी।

- |  |                            |
|--|----------------------------|
|  | RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE |
|--|----------------------------|

Date of Surgery 11/4/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic & Refractive Surgery RMC No. 90244	Mr. Lakshmi N (Name, Designation & Authorised Signatory) Institute for Donation & Eye Care (A Unit of Shree Eye Hospital) 1001, Chinnappa Road, Minor Tank Bed Area
----------------------------	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--

00000000