

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/052610152	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	15/2/14
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Ninganma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	60 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	n/o Ningaiyah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	#260 - ki nugaivali 6th floor malavalli taluk		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	Ramendulur panch. mirki te mandya	Proof of POST-OP 0152 Ninganma	
OCCUPATION: जबरदस्ती	Homemaker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (उमेर का साथ सत्त्वा)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साथ सत्त्वा)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): — आप आय का दाता हैं (जो जाव हो उस पर ग्रही का निशान स्पष्ट है)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	greyamani	36y	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विषय आवाहन			
BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आय की उमाय पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विषयी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन मूलों संलग्न		
①	diagnosis PE calc + PCTOL AF cataract		
Surgery:- PE calc + PCTOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोगों सहायता याती	
①	DBCS	2000/-	

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

- 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 हूँ कि इस प्राप्ति मे दिये गये मर्दी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं ही है। यदि कोई विवरण एवं कलम असत्य पाया जाता है तो वेरी महापात्र निम्न की तरफ स्थित है।
- 2) मैं द्वारा जैसा साक्षण लिखा "कोशिका फाउंडेशन", ऐसी तरीके है, इसका उपरोक्त उसी उद्देश्य की तृतीय दिल्ली के लिये विवरण जारी करें, जो इस उद्देश्य में यह गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण साक्षण होता है यह ग्रन्थि की गई है, उस ग्रन्थि का अधिकार या सकाल हिस्सा किसी अन्य स्थान/सिद्धांशक/दीमुक्त काम्पनी से न तो लिया है और वही अधिकार ये संगी।

**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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति मा आवेदक जैसे हस्ताक्षर या अंगत की तरफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपने जानकारी की "पूर्ण कराया हूँ" एवं "कोशिका फाउंडेशन-और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, वास्तवी और वे विवरण इस प्राप्ति में अधिकृत हैं, उसे "कोशिका" एवं "ज्ञानीयों" द्वारा उद्देश्य में तृतीय गोत्रियों द्वारा उपलब्धियों के लिये विवरण भी प्रसार करवाया गया है।

2) मैं (आवेदक) इस कामे में सहमत हूँ कि ये नाम, वास्तवी और विवरण जो कि जानकारी के उद्देश्यों में अधिकृत हैं युक्त अवधारणा का हक्कदार नहीं बताता। इस ग्रन्थि में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानीयों का विवरण अधिकृत और जापानकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगत का लिया



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की तरफ से यापने/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध जानकारी हातु लिया गया है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्ताव में यथावत व संकीर्त करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवितव्य में विविध जानकारी गिरे जानकारी यापन या किसी अन्य स्रोत से उक्त गोत्री/जाति में लेने या ले रखे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवारित/विवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यापन कियी गयी ज्ञानीयों/सकाल हातु अन्यथा ज्ञानीयों की जानकारी अन्य गैर जानकारी गोत्रीय या किसी अन्य सम्बन्धमें सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण वंश सम्बन्ध का काम है कि अन्यतर द्वितीय यापन उक्त गोत्री/जाति में हातु लिया जाता है जो जानकारी यापन का विवरण अन्य सापर में नहीं देखा/देखता।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से यही ग्रन्थि जानकारी देखता है: होनी वाला हस्पताल द्वारा दी गयी जानकारी या किसी गोत्रे उपचार/प्रक्रिया का चुकाव एवं एवं एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी यापन का अधिकार नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इच्छा सुनाए और अपने बाने को सभी विवरणों के बीच हस्पताल की हाती है और "कोशिका" की जांच पूर्णकारी या विवरणों की इस सापले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
संकीर्तन के लिये संकेतित**

Date of Surgery अपरोक्ष की तारीख <i>1/5/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> <b>Consultant, Phaco &amp; Refractive</b> <b>KMG No. 90244</b>	<i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Bed Area # 16/M, Thirumalai, Madras नम्बर व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अधिकृत उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्ञानीय हस्पताल । <i>S. Sengal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्ञानीय हस्पताल 2 <i>S. R. B.</i>
---	--