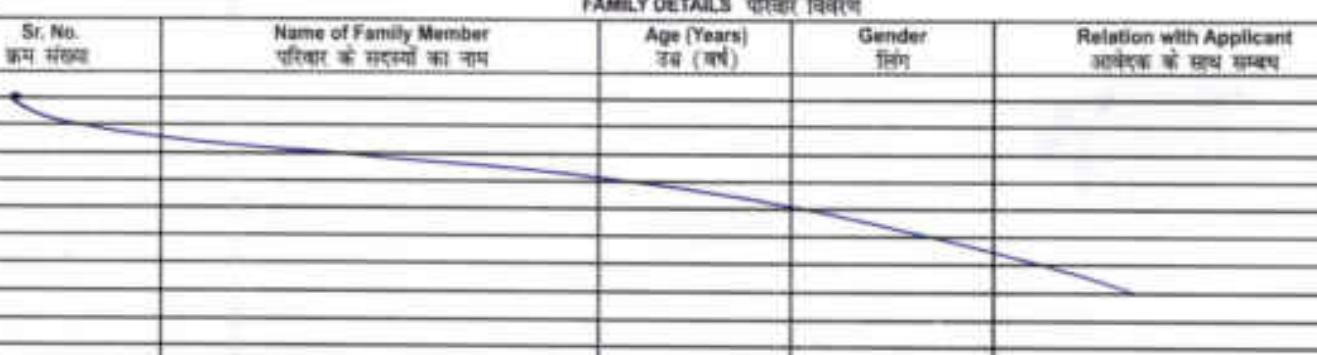


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building Block of Me	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B0524/0163	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/5/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sannanna	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65 P	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Vlokempe gouda	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासस्थान वासस्थान, पता: petusmet road no 18, mitalavalli taluk, mudya DISTRICT KARNATAKA		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाइ आवासीय पता: 11 -		
OCCUPATION: जबाबदारी:	Homemakers	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:				
PAN No.: स्टेट ग्राहक संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का जमा हो (जो मान्य हो उस पर महीना का निशान संलग्न):				
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 सदृश सम्बन्ध
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न अधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छाप संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मालिक वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छाप संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ छाप संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घोटकार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS RE-cataract LE-cataract			
Emergency - RE cataract				
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 ली गई सहायता राशि		
①	DBCLS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: नावेदक द्वारा घोषणा यह:

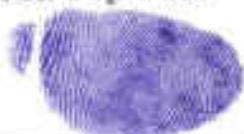
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं गहरा है। यदि कोई विवरण ऐसे कामन असत्य का बताता है तो मेरी सहायता निम्न की जाकरी है।
- 2) मैं द्वारा यो सहायता गयी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा चुकी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पूरी करता हूँ कि विवरण सहायता के लिए आवंटित यो सहायता विस्तृत विवरण मेरी जानकारी से न तो होता है और न ही अधिक यो होता।

AGREEMENT by APPLICANT (नावेदक द्वारा करार)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की जानकारी, मैं (नावेदक) अपनी सहमति की पूरी करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिकों" को अधिकृत करता हूँ कि यो नाम, पता, अंगूठे और यो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसी "कोशिका" एवं न्यायी, एवं, जानकारा एवं उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उत्तर नामकरण से प्रभावीकृत करने के लिए अधिकृत है। यो प्राप्ति का विवरण मेरे इच्छावाले वहाँ का यो नाम, नाम एवं जानकारी के लिए उपलब्ध है। यो प्राप्ति का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्यों से जुड़ा है पूर्ण साथ; सहायता का हक्कार वही जानकारी है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का नियंत्रण अधिकृत और जानकारी होता।
- 2) मैं (नावेदक) इस जाने में सहायता हूँ कि मेरे नाम, पता, अंगूठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ा है पूर्ण साथ; सहायता का हक्कार वही जानकारी है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का नियंत्रण अधिकृत और जानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (इम्प्रेसन द्वारा करार)

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.

इसको अधिकृत, इम्प्रेसन की ओर "कोशिका फाउंडेशन" से दियिए जानकारी है कि विवरण की जाती है, जिसे हम (इम्प्रेसन) निम्न द्वारा से योग्य व सहीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यानीक और न ही अधिक यो विवरण जानकार किसी गैर जानकारी संसाधन या किसी अन्य स्रोत से उत्तर दोगों/भाष्यकों में सेवे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विवाहित दूल्हे के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान हैं यह कि है; यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान नियंत्रित आविष्कार/वकल है तो अस्पताल किसी अन्य गैर जानकारी संसाधन या किसी अन्य साधन से जानकारी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नाम, उत्तर दोगों/भाष्यकों से जुड़ा किसी गैर जानकारी संसाधन या किसी अन्य साधन से नहीं होता/होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं यह सहायता कोकत विविध प्रकृति की है। ऐसी यो इम्प्रेसन द्वारा यही गहरा साथ से किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं इस्पताल के लोक यो विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी दूकार का कोई एकाव नहीं है। इसीलिए इस्पताल में दोनों के इसाव सुरक्षा और जाने जाने को जारी रखने की विमोचनी योगी एवं इस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका यो विमोचनी इस साधने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmiapathi N

Manager Outreach

Institute for Eye Care & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व यो इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगूठी की तिथि <i>15/12/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Rhaco & Refractive (Name of Dr. & Regd. No. with stamp) KMC No. 99244	<i>Lakshmiapathi N</i>
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर । <i>S. Sengal</i>		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर । <i>S. R. B.</i>