

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0524/0168	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 01/5/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष 70		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Ningamma w/ D'Halililingiah	SEX लिंग F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासमाल उल्लेखनीय स्थान				
M - Basavamapura Village Nelamakkalh Kunigavalu Hobli Muttawale Mandya Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जागरूक स्थान				
OCCUPATION: जब्तस्थाय	<u>Unemployed</u>			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)			
PAN No. स्थाई जाता संख्या				
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आप अपने का दाता हूँ (जो मान्य हो उम् पर सही का निश्चय लगायें)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार कीवारण				
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 लिये विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेता और प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द जाता वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता जाता (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
① Diagnosis	RE cataract LF cataract			
② Surgery	RE cataract + PCVOL			
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 DBCS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लाईकंट द्वारा घोषणा यहः

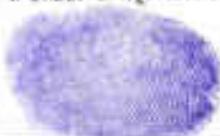
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रमाण करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसी भावकारी के अनुसार सत्य एवं ताही हैं। यदि कोई विवरण एवं सम्बन्ध उक्त काला है तो यही व्यापक नियम की तरह ताही है।
 2) मैं द्वारा जीवन का इस "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा चुका हूं, व्यवहार उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में था गया है।
 3) मैं पूर्ण काल हूं कि विवर व्यापक नहीं यह व्याप्ति की गई है, उस यहि का व्यापिक या व्यापक विवरण किसी अन्य धूम-नियोजक/वीच व्यापकी से न तो लिया है और न ही व्यापिक में शहौदा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लाईकंट द्वारा करता)

- 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 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.
 - 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 जाने इस्तमात्मा का अनुसार कोई जारी व्यापक, यै (लारेटक) अपनी व्याप्ति की पूर्ण काल हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यादातर" की अधिकृत काल हूं कि यहां नाम, जाति और जीवन का विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उद्दे "कोशिका" एवं ज्यादातर, नाम, व्यापक यै (लारेटक) यै उद्देश्य में तुरी गोशिकियां और उपलब्धियां के लिये कियी जीवन व्यापक में प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्राप्ति का विवरण में इसका कोई जारी या जारी में काले के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या ज्यादातर अधिकृत है।
 2) मैं (लारेटक) इस काल से ज्यादा हूं कि मेरा नाम, जाति, जीवन और विवरण जीवन की व्यापकता के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे सत्ता: व्यापक का उद्देश्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्यादातर का विवरण अधिकृत व्यापकी व्यापकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आप्लाईकंट के इस्तमात्मा का अनुसार का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्तात द्वारा करता)

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.

इसका अधिकृत, इस्तमात्मा की ओर से याप्तकरणों की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध व्यापकता है यह विवरण की ताही है, जिसे हम (इस्पत्तात) जिन प्रकार में सम्बन्ध न स्थीकार करते हैं।

- 1) यह जीवन की तो वर्तमान और न हो भवित्व में विविध व्यापकता की ताही या याकारी संभवता का विवरण जीवन की तो वर्तमान में विविधीय/विविधीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य विविधीय ज्यादातर अधिकृत हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा व्यापक विविधीय ज्यादातर अधिकृत हैं। यह व्यापक विविधीय ज्यादातर अधिकृत हैं।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं व्यापकता व्यवहार विविध इकृत है। यह व्यापकता व्यवहार या विविध व्यवहार/प्रक्रिया का तुलना होनी व्यवहार के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। इसलिये हम्पत्तात में योग्य के इसका युक्ति और अन्य जारी की जाती विवेदीय उक्त एवं हम्पत्तात की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदीय इस याप्तकरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्कृति

Mr. Lakshminath N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Designation & Status of Authorised Signatory
16/M, Thirumalai Road, Madras, Tamil Nadu, India
on behalf of Hospital

नाम व पद हम्पत्तात अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अधिकृत की तारीख
01/05/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Refraction with stamp
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यादातर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यादातर 2