

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION NO.
आवेदन संख्या:

8/0423/0180

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि: 21/04/2023NAME OF APPLICANT
आवेदक का नाम:

NAGARATHNAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77 yrs

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/सупूर्हे का नाम:

W/o HANUMANTHAI AH

SEX लिंग

77 yrs F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जास्तीय ठाना:

Katturana Kattige, Kogaiballi Post,
Rasaba Hobli, Turuvekere Taluk, Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS अस्थायी जास्तीय ठाना:

Same as above.

OCCUPATION:

Home Maker

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय:

(Attach Proof of Income)
(आय का सब्द्ध संलग्न)

PAN No. स्ट्रोई तुला संख्या:

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

मी आय का दाता हूँ (जो सब्द्ध हो तब साथी का विवरण लाएँ):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS बीड़ीयां 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये विनाई आवश्यक:

BPL Card (Attach Card Copy) गोदानी रेता के नीचे प्रधान यात्रा (प्रधान यात्रा की गति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अलग आय की प्रधान यात्रा (प्रधान यात्रा की गति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान यात्रा की गति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द्ध
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE

महायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टॉपिक से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न		
1.	Diagnosis RF - Cataract LF - Cataract		
2.	Surgery RF - Cataract + PCLOL		

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इन उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता विनाई आय स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई महायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघरण प्रक्रिया:

- 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.
- 4) मैं घोषक करता हूं कि इस प्राप्ति के लिए यह सभी विकास की जगहां के अन्यथा कम या नहीं है। यदि कोई विवरण यह काम-ज्ञान प्राप्ति का है तो मैं सभी विवरण वही के अन्यथा है।
- 5) मैं द्वारा जो मानवानुकूल "कोशिका फाउंडेशन", में नहीं जा रही है, सभी राष्ट्रीय उच्ची औंटिंग की पूरी के लिए विवरण जारी की गयी है, जो इस प्राप्ति में आ गया है।
- 6) मैं पुरी करता हूं कि विवर मानवानुकूल का पर्याप्त नहीं है, उस लिए को कोशिका या ज्ञान प्राप्ति किसी अन्य द्वारा ज्ञान प्राप्ति की जगह नहीं है और न ही भवितव्य में है।

AGREEMENT by APPLICANT : आवेदक द्वारा करना।

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर या आगे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महापीठ की पुरी काल हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीहों" को अधिकृत करता हूं कि यो नाम, काल, पोस्ट और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उस "कोशिका" एवं नामी, दाता, वाकाश द्वारा उठाए उद्देश्य में नहीं गतिविधियों और उत्तमताओं के लिए किसी भी प्रमाण वापरम् से अवैध करने के लिए अधिकृत है। यदि इस का विवरण मेरे उद्देश्य के पहले या काल में करते हो लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस काल में योग्यता है कि यो नाम, दाता, पोस्ट और जीवन में विवरण के उद्देश्य में उपयुक्त है पूरी तरह, महापीठ का उदाहरण नहीं करता। इस अवधि में "कोशिका" एवं उसके नामीहों का निश्चीय अविद्या और अव्यवहारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या आगे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL : अस्पताल द्वारा करना।

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हो समर्थनीयों को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध मानवानुकूल विवरणों की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) जिस काल में मानव व समर्थक करता है।

- 1) यह कि न ही वार्तानंद और न ही भवितव्य में विविध मानवानुकूल विवरणों या समर्थकी संस्थानों का किसी अन्य स्रोत से उत्तम ऐंटियाक्साइड में संतुष्ट या संतुष्ट हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविधविवरणीय उत्तम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शाया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण विवरणीय अविद्या-उदाहरण हैं, मानव जीवन की विवरण काल है तो अस्पताल किसी उत्तम के साकारी संस्थान का किसी उत्तम विवरण में मानवानुकूल का अधिकारा युक्तिगत रूप से है। इस उपर्युक्त में मानव काल जात है कि अस्पताल द्वितीय दर्शक उत्तम ऐंटियाक्साइड हैं किसी जीवनीय अविद्या या समर्थकी संस्थान के नहीं लिखा जाता।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं हो सकता कंवर्स विवरण प्रकृति की है। यहीं पर अस्पताल द्वारा ही नहीं मानव का किसी विवरण विवरणीय का युक्तिगत गिरी है इसका कारण है कि कोशिका एवं अस्पताल में उत्तम के इन्द्रज युक्ति और अन्य कोई कोई समर्थकी संस्थान की हासिली और "कोशिका" की कोई अधिकारी या विवरणीय इस मानवानुकूल में नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
अधिकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम संस्कृति की तिथि <i>21/04/2023</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>LMS NO. 01242</i>	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Manager Outreach Institute for Diabetics & Eye Care (A Unit of Shrikrishna Eye Care Trust.) <i>#16/4, Tammieah Road, Miller Tank Bed Area</i>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीहों द्वारा। <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीहों द्वारा। <i>SiR</i>
---	---