

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता देते आवेदन प्राकृत्य

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : सारणी संख्या :	Blos24/0231		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 21/5/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	maladivamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कपुत का नाम	10/6 Radhaiah		SEX लिंग F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पता 11/190, Naujegowda Madoddi, Sugathur mandya, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 11			
OCCUPATION : अवस्था	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जाप का साथ संलग्न)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			
PAN No. ज्ञाह संखा संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जाप वार्ष का यह है (जो जान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)	Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष) 33	Gender लिंग M
①	Rajesh	33	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इमाल पर (इमाल पर कोई लाप भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प जाप करी इमाल पर (प्रमाण पत्र को जाप भी संलग्न करें)	Ration-Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जाप भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता देते लिये गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्य/डॉक्टर से जारी की गई औषतिवाद सही संलग्न ① Diagnosis L-Ecc-terack N-E-terack		
On	Surgery :- LF cat - PTCU		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के देखे कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
①	DBCS	1000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा की जानकारी :

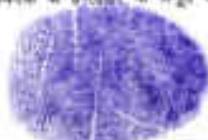
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बोलता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण वे ही जानकारी के समुदाय मध्य वह सही है। यदि कोई विवरण इस कालान मध्यम पापा जला है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ आवश्यक है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता या "कोशिका काउन्सेलिंग", से जीव जीती है, उसका उपर्युक्त तरीके उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाता है, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं चुनिट काला हूँ कि विवरण सहायता हेतु पहले प्रार्थना की गई है, उस पापा का अधिकार प्राप्ति विवरण की वज्र खोलनियोगकारी कामपीली से न तो लिया है और न ही अधिकार में दी गई।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा किया)

- 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 प्रार्थना पर अपने हस्ताक्षर या छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की चुनिट काला हूँ एवं "कोशिका काउन्सेलिंग और उचाई नामीरों" को अधिकृत काला हूँ कि मेरा नाम, छाप और जीव विवरण इस प्रार्थना में दीखता है, उसे "कोशिका" द्वारा नामीर, दाह, जामकांडा द्वारा उद्देश्य से नुस्खी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किया जाए तथा जानकारी से प्रश्नांतर करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रार्थना का विवरण में इसका को पहाड़ना या चार में करने के लिए "कोशिका काउन्सेलिंग" न जारी नहीं किया जाए।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात में सहायता हूँ कि मेरा नाम, छाप, छाप और जीव विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जाग्रत है मुझे जला; सहायता का इकायत वही जलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त नामीरों का लिया जाता है और जानकारी होता।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या छाप की विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पिटल द्वारा किया)

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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षरी की जौहे से जानकारी दी जाने के "कोशिका काउन्सेलिंग" में विवरण सहायता की जौहे है, जिसे हम (हास्पिटल) निम्न प्रकार में सम्बन्धित करते हैं।

- 1) यह कि न तो वार्तान और न ही भविष्य में विविध सहायता किये गए सहायता संस्करण का किसी अन्य जौहे से उक्त गोपीयामाले में लेने या ले देने है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलिंग" में विवरणीयकी जौहे के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्सेलिंग" द्वारा सहायता दी गई जौहे मन्त्रों जौहे किया जाता है तो उसका जौहे अन्य गोपीयामाले में लेने या ले देने की विवरण कियी जाए गए सहायता संस्करण का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चुनिट में स्पष्ट कहा जाता है कि उसका द्वितीय गदर जौहे गोपीयामाले में लेने या ले देने की विवरण की जानकारी संस्करण से नहीं लेगाजाही।
- 2) "कोशिका काउन्सेलिंग" से जीव जीती है जो कि यह उसका जौहे की विवरण प्रकृति की है। योगी पर हस्पिटल द्वारा यह जीव जीती विवरण प्रकृति का भूत्ताव दीर्घ एवं हस्पिटल के बीच का विवरण है और "कोशिका काउन्सेलिंग" द्वारा कियी गयी जौहे नहीं है। इसलिये हास्पिटल में योगी के इसका सुधार और उन्हें जौहे की विवरण दी जाएगी और "कोशिका" की जीव जीती का विवरण दी जाएगा जो जौहे की विवरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
# 16/M, Tatyasaheb Rd, Parel, Mumbai - 400013  
Email: dr.lakshmi@shradha.org.in

Date of Surgery अंपारेश की तारीख <i>३१/१२/२०</i>	Dr. Laxmi Dorennavar • MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive Cataract & Refractive Surgery Registration No. with Stamp क्रमांक नं. ८८३५८	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु
--	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामीरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामीरी हस्ताक्षर 2