

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
**सहायता फैलू आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य एकाधिकार)



APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : 130521/0232	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/2/24	foundation Building block of life.		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Xlingamma	AGE-YEARS वय-वर्ष 60	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम Nlo Raniregawda.	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता Sujatalur village, kinnigavlu Hobli Kudalur, Mandya, Karnataka			
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — 11 —			
OCCUPATION: आवासीय Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय —	(Attach Proof of income) (आय का मालिय संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1 आप आय का दाता हैं (जो मालिय की उम्मीद का विवरण संहिते) Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या ①	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Raniregawda	Age (Years) उम्र (वर्ष) 81/4	Gender लिंग M	Relation with Applicant आवेदक का साथ सम्बन्ध husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न आधार				
BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रेग की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थापन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थापन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थापन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विभिन्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या ①	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्पोर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न DIAGNOSIS RE/craft NF-craft			
emergency HE CUT + P.D.O. -				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या ①	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम DBCS	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हेतु गई सहायता राशि 2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** नामेदक 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये मार्गी विवरण मेरी जाहाजी के मनुष्यान् गत तरीके हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठान असाध पाया जाता है तो उसे महापात्र निषिद्ध की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाहाजी है, उसका उपर्युक्त उमी उद्देश्य को यूंही के लिये विवर आगें, जो इस प्रकाश में भाग गए हैं।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवर महापात्र से दो गाँधीजी का नाम और नियोजन/वीमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही खाली में लीटा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कर्य)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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.

1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या झोंडे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) नामी महापात्र की पूर्ण करता हूं कि मेरा नाम, जीवंत और जीवन के विवर इस प्रकाश में दर्शिया है, तो "कोशिका" एवं नामी, दान, जाहाजी/वा दूसरे उद्देश्य में यूंही गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्राप्त जाहाजी के लिए अधिकृत है। ये प्राप्त जाहाजी विवरण मेरे इसका है जो यहां पर भार में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" ने जाहाजी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात में सहमत हूं कि मेरा नाम, जाहाजी और विवरण जो कि महापात्र के उद्देश्य में दर्शिया हैं उन्हें यहां पर जाहाजी का हकदार जीवन का इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उनके नामी का नियम वर्तित और जाहाजी की होग।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या झोंडे का लिया

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर्य)**

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की तरीके में याप्तियोंपरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महापात्र हैं दर्शिया की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियम इसका जाहाजी करते हैं।

- 1) यह कि न तो जाहाजी और न ही खाली में विविध महापात्र दिया गया जाहाजी जाहाजी के विवरण का जिसी जाहाजी के रूप में लिखे गये हों या लिखे हों, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध तरह के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ पर देखा किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाथ पर जाहाजी विविध जीविक/जाहाजी हैं या नहीं जिसके बारे में यहां पर जाहाजी का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण रूप से सहकार जाहाजी है कि अभ्यास द्वितीय भर, उक्त विविध/विविध तरह के सम्बन्धीय जाहाजी या जिसी अन्य जाहाजी से नहीं लिखा जाता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जीवन जाहाजी बंदबोध विविध प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई जाहाजी या जिसे नये जाहाजी/इक्विटी का चुनाव देनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जीवन जाहाजी नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में योगी के इतना सुधार और जाहाजी की जाहाजी विविधता एवं यहां पर हस्ताक्षर की होती है। "कोशिका" की जीवन खालीया या विविधता इस जाहाजी में जीवन होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
जीविकी के लिये संमति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Non-Bank Registration & Stamp of Authorised Signatory)

No. 10, 1st Floor, Shrikrishna Eye Care Trust, Thirumangalam, Madurai - 625011

திருமங்கலம் மாவட்டம், திருமங்கலம் பகுதி

தமிழ்நாடு மாநில முதலாவது பார்லை

தமிழ்நாடு மாநில முதலாவது பார்லை

Date of Surgery जीविकी की तिथि  8/5/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Rhinovirus Refractive Surgery KMG Nagercoil 644
---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जाहाजी उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नयासी हस्ताक्षर 1  
---

SIGNATURE of TRUSTEE 2 नयासी हस्ताक्षर 2  
---