

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B0504/0248	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	7/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Nlingaiah	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम	310 parve Nlingaiah	SEX लिंग	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता 134, stanje godawando aadi syc jalur mandya Karnataka		P.O.-P. POST-OF 0248 Nlingaiah	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पता		11	
OCCUPATION : प्रवासीय	unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (आप का साइय मंत्रानं)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कृत वार्षिक आय	—	(Attach Proof of Income) (आप का साइय मंत्रानं)	
PAN No. स्पष्ट ज्ञाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप ज्ञात कर रहे हैं (जो नाम ही उस पर गहरी का निशान लगाये)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के ग्रदारों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	Nlingaiah	624	F
Relation with Applicant ज्ञातक के साथ सम्बन्ध			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोप के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जात प्रति मंत्रानं करें)			
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप ज्ञात कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जात प्रति मंत्रानं करें)			
Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जात प्रति मंत्रानं करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आधार			
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गए चिन्हों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रायोकेन सूची मंत्रानं		
①	Diagnosis RC catarrad NC catarrad		
Surgery:- LC cut epicard			
ASSISTANCE BEING AVALIAED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता चिन्हों अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIAED ली गई महायता राशी	
①	DBLS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते

- 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.
 - 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.
 - 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 पापा काता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण भट्ट जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कठबन असत्य पापा काता है तो यही सहायता निःसा की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जैसे सहायता दी गयी "जोखिम काटन्डॉल", वे भी जा रही हैं, उसका उपयोग उमी डरेस को पूरी के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रकाश में घटा गया है।

3) मैं परिकार की दी गयी सहायता ही यह प्राप्ति की जा रही है, उस तरीका जो जोखिम का सहायता करनी में न तो लिपा है और न ही खोल्या दी जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (签章由申请人)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रति का अपने हाथधारा के अंगठी की ताप सेल्फर, मैं (लायेक) अरक्षी महसूति को युट करता हूँ एवं "कोशिका चाहौड़ीसर और उसके न्यासीर" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जन्म, पाता, कोठी और जीवनक इस प्रति में जोरदार है, तभी "कोशिका" शब्द- न्यासी, रान, यात्राओं पूरी उत्तरेख से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ जो जिसे कियों पी प्रसार यात्राएँ और व्यापार करने के लिए अधिकृत हैं: मेरे प्रति का विकार ये इसके के बाहर के बाहर से जारी के लिए "कोशिका चाहौड़ीसर" का न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (लायेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, पाता, कोठी और विकार जो कि महामाता के उद्देश्यों में जोरदार हैं जुड़ी ज्ञान: महामाता का इकठ्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" शब्द उसके नामियों का निर्देश अधिकृत और व्यापकाता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्राप्तेन एव विद्यम् एव अप्यहो यत् विद्यम्

AGREEMENT by HOSPITAL (संकेत संकाय)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
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.

अपने अधिकार भवानीकरण को और मेरे अधिकारीयों को "कालिका पात्रवेदीन" से विस्तृत भवानीकरण की जाती है, जिसे हम (हमसदस्य) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं:

- १) यह कि न तो जास्तिन और न ही विविध में विविध सहायता कियी गैर सकारी संस्थाएं या किसी अन्य तीसों में उक्त गोई/यामले में लेंगे या दें रहे हैं, जैसे कि हमने “कांडिकाक फाड़-बैंदरान” में विकारीजवाबीत उक्त के समाप्त में “कांडिकाक फाड़-बैंदरान” द्वारा प्रदर्शित है। यदि “कांडिकाक फाड़-बैंदरान” द्वारा सहायता विकीर्ण भविकाक/सकाल हैं, यानुर वही किया जाता है तो सहायता कियी अन्य ऐरे सकारी संस्थाएं या किसी अन्य समाजाता में सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में समर्प महा जाता है कि असामाज द्वितीय प्रदर्श उक्त गोई/यामले हैं जिसी ऐसी सकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से वही लेना/देना।

२. "कोरिका चालांडेश्वर" से ली गई सहायता कोवत्रा विलिप्प इकृति को है। ऐसी पर हमस्ता द्वारा ली गई सहायता पर किये गये उच्चार/प्रक्रिया का सुनाय होती एवं हमस्ता की ओर पर विषय है और "कोरिका चालांडेश्वर" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्याप नहीं है। इसलिये हमस्ता में गोपी के इताज सुनाय और आने जाने की सदी विम्बेश्वरी रेखी परं एवं हमस्ता की गोपी और "कोरिका" की कोई भीमिका पर कियोगी तभी यहांते में रही होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसदीय

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Contract Eye Care Trust,
on behalf of Hospital
Institutute for Diabetes & Eye Care, Jaipur, Rajasthan
Name & Date stamp of Authorised Signatory

Date of Surgery अंगीकार की तिथि	<i>Laxmi</i> Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRPS, FICO (Name of Dr. Sign, No. with Stamp) Consultant - PHACON & Refractive KMC No. 90244	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Institute for Diabetes & Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmannanahalli Main Road, Miller Tank Bed Area नम्बर १६/एम, थिम्ननहली मैन रोड, मिलर टैंक बेड अस्पताल
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कोशिका फूंडेशन के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी राजतान्त्रिक ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर २

Safary

eric