

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	BLOS2410250	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	15/12/4
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	marigowda	AGE-YEARS वय-वर्ष:	68 m
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	3lo diikkasiddigowda	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासगान वासानांच पत्ता:	AKKA manako pali village. Shanthalap Kittayavale Hobli mala taluk marathwada
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्याप्त आवासीय पत्ता:	RCL Nalgund
OCCUPATION: पेशी:	unemployed	MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मरियादित):	post-OP 0250. marigowda
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का सब्द संलग्न)	
PAN No. नाम्बर खाता संख्या:		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जोध कर रहा है (जो मान्य हो उस पर जही का निशान साधारण)	
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	malivadiwamma	65/4	F
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			NH
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:			
BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रोका के लिए इमारत यात्रा (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवृत्त वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता यात्रा (प्रमाण पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गए चिन्हित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाप्तिकार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS	RE cataract LB cataract	
Surgery:- RE cat + PCTOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सीं गई सहायता राशी	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेटर द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 कानून कानून हूं कि इस फॉर्म में दिये गये ममी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पूर्ण होते हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून कानून या कानून होते हैं तो उनमें उपलब्ध उम्मीद उद्देश्य की पूर्णता के लिये विवरण बर्चें, जो इस प्राप्ति में आवंटित है।
- 2) मैं कानून के महानगरीय "कोशिका कानून-संस्था", से ली गई हूं। उसका उपलब्ध उम्मीद उद्देश्य की पूर्णता के लिये विवरण बर्चें, जो इस प्राप्ति में आवंटित है।
- 3) मैं पुरुष कानून हूं कि विवरण कानून हूं यह प्राप्ति जीव नहीं है, इस दर्शन का अविष्कार या सकान विषय किसी अन्य दोष/विषयोंका/दीवा कानून से न जीव विषय है और न ही विषय में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेटर द्वारा कराया)

- 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 प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर या अपने जीव लाभकारी, मैं (अप्लिकेटर) अपनी विवरण की चुनौती कानून हूं कि इसके अनुसार "कोशिका कानून-संस्था" को अधिकृत कानून हूं कि यह नाम, पता, छोटी और जीव विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया है, उसे "कोशिका" प्रभाव, नाम, पता, वाचनकार द्वारा उपलब्ध उम्मीद उद्देश्य में उम्मीद विवरण की पूर्णता के लिये विवरण बर्चें, जो उपलब्ध उम्मीद उद्देश्य के लिये विवरण बर्चें, जो इस प्राप्ति का विवरण है। इस प्राप्ति का विवरण जीव लाभकारी कानून होता है।
- 2) मैं (अप्लिकेटर) इस कानून से अनुमति हूं कि मेरा नाम, पता, छोटी और विवरण जीव विवरण की पूर्णता के लिये विवरण बर्चें द्वारा उपलब्ध नहीं कानून। इस कानून में "कोशिका" प्रभाव, उपलब्ध उम्मीद विवरण का लिये अंगूष्ठ और वाचनकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेटर द्वारा दर्शाया गया अंगूष्ठ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कराया)

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.
- 1) यह कि न हो अपने अंगूष्ठ में दर्शाया विवरण जीव लाभकारी की चुनौती है, जिसे हम (हस्पताल) विवरण कानून के स्वीकार करते हैं।
- 2) यह कि न हो अपने अंगूष्ठ में दर्शाया विवरण जीव लाभकारी की चुनौती है, जिसे हम (हस्पताल) विवरण कानून के स्वीकार करते हैं।
- 3) "कोशिका कानून-संस्था" द्वारा कानून होता है। यदि "कोशिका कानून-संस्था" द्वारा विवरण जीव लाभकारी की चुनौती है, तो अपना विवरण जीव लाभकारी की चुनौती है। यदि अपना विवरण जीव लाभकारी होता है, तो अपना विवरण जीव लाभकारी होता है।
- 4) "कोशिका कानून-संस्था" में ली गई विवरण जीव लाभकारी है। यदि यह हस्पताल द्वारा एवं अपने विवरण का उपयोग किया जाता है, तो यह हस्पताल द्वारा एवं अपने विवरण का उपयोग किया जाता है।
- 5) "कोशिका कानून-संस्था" की चुनौती होती है। यदि "कोशिका कानून-संस्था" की चुनौती होती है, तो यह हस्पताल द्वारा एवं अपने विवरण का उपयोग किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संक्षिप्ति

Date of Surgery
अंगूष्ठ की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. & Professor, Refractive
KMC No. 90246

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach
(Name Designated Chairperson of Authorized Signatory
(A unit of Shuddha Eye Hospital Trust.)
16/M, Thimmapura Road, Bellary (Taluk) Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2