

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु अवैदन प्राकृप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या	B/0524/0315	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	10/15/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	muddappa	AGE-YEARS आयु-वर्ष	64
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काशी का नाम	S/O Nayakappa Chowda	SEX लिंग	m
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासिन्दा भूमि संकेत		611, qithru 88 pragathi nile - Bantashakavu 2nd Stage Bangalore South Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय संकेत		P.O. - OP POST - OP 0315 muddappa	
OCCUPATION: अवलम्बन	unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कूल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साध्य मंत्रालय)	
PAN No. स्पाई स्ट्रिक्ट संख्या			
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वान लगाये)		Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS साक्षात् विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संरक्षित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Prangimma	67 Y	F
(2)	Karthikayya	92 Y	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा इडि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा इडि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा इडि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिप्लोमा से जारी की गई डायग्नोस्टिक सूची संलग्न		
(1)	Diagnosis RE calligraphy LE calligraphy		
Any other : AE calligraphy			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ही रुपौं सहायता प्राप्ति	
(1)	DBLS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कहना चाहिए-

- 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.

- १) मैं भाषण करता हूँ कि इस प्रक्रम में ऐसे यह सभी विवरण मेंी जानकारी के सम्मुख पाया जाता है जो मेरी वाहानक नियम को बा सकती है।
- २) ये द्वारा ये सहायता दी जाएगी कि उपर्युक्त उमी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किस प्रकार योग्य है।
- ३) मैं पूरी करता हूँ कि यह सहायता है कि यह प्रबन्ध की जगह है, ताकि यह योग्य औ लाभकारी कामयी के लिया है जो न ही अधिक में जैते।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पितकर्ता का समझौता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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 fulfillment 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 उपर का अपने हमेशा या अंगों की जाप लाएकर, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री को भुट्ट करत हूँ एवं "कोलिका फार्मासिस्ट और उसके नामीरों" को जयप्रकृत करत हूँ जिसे खाय, पहा, बोटा और जो विधि इस प्रयोग में योग्य है, तभी "कोलिका" एवं न्यासों, दूध, चापचाला या ऊपरे उद्दृश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रयोग माध्यम से उपयोग करने के लिये अनुमति है। यो उपर का विधि यों उपयोग के लिये या यह में करने के लिये "कोलिका फार्मासिस्ट" का नामीर अधिकृत है।

2) मैं (आरोपक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात् भी उद्देश्यों में प्रयोग हैं युक्त; साक्षात् का हक्कदार नहीं बनता। इस स्थिर में "कॉरिगिए" एवं उसके नवीनीकरण का विरोध अद्वितीय और अव्याप्तिशील होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मनोरंजन का इतिहास



AGREEMENT by HOSPITAL (医院の承認)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby declare & attest the account following:

- (Hospital) hereby affirms & 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 this matter.

इसके अधिकारी ने लोगों से यात्राएँ लेने के "कठिनाइक वाहन-विनापन" से विविध जटिलता ही उपरिकृती की जाती है, जिसे हम (हमाराम) निन प्रकार से व्यवस्था बनाकर करते हैं।

1) यह कि न हो सकिएगा और न ही भविष्य में लिखित सहायता किसी पर सकारी संस्करण या किसी अन्य रूप से उठाये गये हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिशक फाउंडेशन" में दिया गया विनियोग जल्द के पश्चात में "कोरिशक फाउंडेशन" द्वारा मरद हांगू किया है। यदि "कोरिशक फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गयी थी/थक्का हो या बन्दूर नहीं किया जाता है तो सम्प्रति किसी अन्य गैर सकारी संस्करण के किसी अन्य सम्बन्धमें से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद जल्द एटी/याम्प्ले हांगू किसी गैर सकारी संस्करण के किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं होता/होती।

२. "कोलीका काटनेवाल" से ही यह महामत कोवत वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हमारका द्वारा यह गई मालक या किसे गये उपचार/प्रक्रिया जा सुनाये गए एवं हमारका के बीच का विषय है और "कोलीका काटनेवाल" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। उपरिये हमारका में ऐसी के इच्छा सुन्धा और उने जाने को चाही किम्बेही ऐसी एवं हमारका परी शांति और "कोलीका" की कोई भविका या किम्बेही इस याप्ति में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकारी को लिए संस्कृति

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
Mr. Deognadhi S (Stamp of Authorized Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care Trust)
On behalf of Hospital
नम्बर ३ एस रामानन्द अस्पिट ऑफिसर

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>10/5/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS,MS,FPRS,FICO Consultant Dr. (Hagerty Eye Bank) KMC No 90244	Mr. Lakshminarayana Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Miami, Designated as Eye Bank Trustee) a TIRU Thirumangalam Eye Bank Trust On Behalf Of Hospital नम व पर हस्यतल अधिकृत आयोगांगे
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION કાન્દોલા રસ્યાં હે

SIGNATURE of TRUSTEE 1
उपायी वक्तव्य 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarjel

See B