

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

B1052410324

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 14/5/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Putlgowda

AGE-YEARS वय-वर्ष

SD

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/काकुम्बी का नाम

S/o Savarigowda

SD

m

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थानिक पत्ता

Maddabhatti Mysbeghatta Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासस्थान पत्ता



PIN-OP POST OF
0324 Putlgowda

OCCUPATION:
आवेदक का काम

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

15000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई नाम संख्या

DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय अधिकारी हैं (जो भव्य हो उस पर मर्ही का निवापन करते)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS वरिष्ठ विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के घटनाक्रम का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mangalamma	564	F	Wife
2	Sharath	144	m	Son
3	Balya	174	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इमारत पर (इमारत पर की आप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की इमारत पर (इमारत पर की आप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड कार्ड (इमारत पर की आप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sc. No. क्रम संख्या	Diagnosis परिवार का विवरण Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई रिपोर्ट या ड्रिफ्ट संलग्न
①	RT cataract LC cataract
	Symptom : RT cat & ptosis, RBBM, RBBM LC cat & ptosis, RBBM RBBM

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कियी आय स्रोत से मिला गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोगों द्वारा सहायता की राशि
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कहा जाता है:

- 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 नोटर करता हूँ कि इस प्रकार वे दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के सुनाम या उस रूप मही हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहता जाता है तो मेरी सहमति निष्ठा की जड़ बढ़ती है।
- 2) मेरी हाथ से सहमति यह "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो जो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे द्वारा दिया गया है।
- 3) मैं पुराणे काल से ही कि विवरण सहमति की गई है, उस तरीके का अधिक या अलग विवरण किये जाने और उसके बाहरी भौतिकों को जो वे सहमति में देते हैं वे उसे नहीं भवित्व में देते।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कहा)

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 उद्देश्य पर अपने हस्ताक्षर या आंदोली की जानकारी, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को दीर्घ करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके प्रतीकों "कोशिका कालांदेशन" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, जीवंत वीर वे विवरण इस प्रकार में संचित हैं। इन "कोशिका" एवं "कालांदेशन" दोनों जानकारी द्वारा उद्देश्य में दीर्घ समय से उपयोग के लिए विवरण को उत्तम रूप से बनाया जाता है। यह उद्देश्य का विवरण ये दोनों के बाहरी विवरण से अलग है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि यह सभी वक्त, जीवंत वीर वे विवरण जो ये सहमति के अद्यार्थों में उपयोग हैं यहूँ तथा, सहमति का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके प्रतीकों का विवरण अविवाच और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर का जाह्नवी का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा कहा)

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.

इनका अधिकृत, हस्ताक्षर को जीवंत वीर वे विवरण से अलग सहमति से अलग है, जिसे इस (हस्ताक्षर) विवरण का समय का संबोधन करते हैं।

1) यह कि इसे कोई जीवंत वीर वे विवरण में विवरण सहमति किसी भी सहमति संस्थान के विवरण अथवा जीवंत वीर वे विवरण में उपयोग किया जाने के बाहरी विवरण से अलग है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान किसी भी संस्थान से उपयोग के लिए विवरण की सहमति को जानकारी देता या विवरण अथवा सहमति के बाहरी विवरण से अलग होती है। इस दीर्घ समय के बाद यह कि इस सहमति को जीवंत वीर वे विवरण से अलग होती है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जीवंत वीर वे विवरण को अपनाया जाना या उपयोग के लिए इसका इकाय का युक्ति दीर्घ समय के बीच जो विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाय का कोई जाकर नहीं है। इसीलिए इसका द्वारा दीर्घ समय के बीच जीवंत वीर वे विवरण की सहमति को जीवंत वीर वे विवरण से अलग होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

अधिकारी के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name of the Hospital/Authorised Signatory)

16/M, Thirumavalai Main Road, Madurai, Tamil Nadu, India

Tamil Nadu, India

नम्र नं. 16/M, थिरुमावलै मैन रोड, मदुरै, तमिलनाडु, भारत

Date of Surgery
अंतिम दिन की तिथि
11/15/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant: Phaco & Refractive
KMC No: 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

जनरल उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम से हस्ताक्षर :

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम से हस्ताक्षर :