

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Ammare	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	65	SEX लिंग:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्पouse का नाम: Vedula sanna mangayya	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी जावाहीय पता: vedula gowdurga doddi ochenlu · banakhipur Kannanagudu Karnataka	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी जावाहीय पता: — 11 —	
OCCUPATION: अवस्था:	blore on coker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक संतान)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आमदानी:			
PAN No. स्थायी खाता संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप का छाता है (जो मासिक हो उस पर सही का निश्चय कराएं): हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रमांक	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम:	Age (Years) उम्र (वर्ष):	Gender लिंग:
①	sanna mangayya - P34	m	husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी अधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) बरोडी रेशा के गैरीज इमारत पर (प्रमाण पत्र की लाग इति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप का इमारत पर (प्रमाण पत्र की लाग इति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारिका जारी (प्रमाण पत्र की लाग इति संतान करें)	Any Other Basis/Proof जन्म कोई साझा
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्यों विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रमांक	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्मतात्त्व/दीप्तित जो जारी गई डिलिवरेट सुनी संतान ① DIAGNOSIS RE cut & infection AE cut & infection		
Singhing : RE cut + PCTO			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम:	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि:	
①	DBCS	3000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 ममी विवरण में जानकारी को अनुचित साथ दिया जाता है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण अपाप पाया जाता है तो उसी विवरण की जांच की जाएगी।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी कारण की गुणता के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया गया रहता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को रखौं है, उस तरीके का जलिकाकार सकारात्मक अन्य स्रोत/नियोजक/दीवानी कम्पनी से न तो लिया है और न ही घोषणा वे रखौं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 या उपर्युक्त दानाकारा जो आवेदक को जाप लगाकर, ये (आवेदक) अन्यथा सहायता को दुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूं कि ये यह नाम, नाम, नामी और जो विवरण इस प्रकाश में दीर्घित है, उसे "कोशिका" लक्ष्य नहीं है, एवं, सहायता द्वारा उद्देश्य से नुस्खे यांत्रिकीय और उपलब्धियों के लिए कियी भी प्रभाव बढ़ावद्दारा होना चाहिए कारण के लिए नहीं।
- 2) ये (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, नाम, नामी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दीर्घित है नुस्खे सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का विवरण अतिम और बाधकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के सहायता या अनुदान 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 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.

इन्होंने अधिकृत, अन्यथा की ओर से मानाई/दीर्घित को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरणीय की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) इस प्रकाश में स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो मालिन और न ही भविष्य में विवरण सहायता विवरणीय और सहायता भीमतान या किसी अन्य स्थिति से उत्पन्न योगी/सामाजिक में स्थिति या तो यही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता विवरणीय उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह दिया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरणीय अधिकारी/कार्यकारी हेतु नुस्खे सहायता का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में सम्मत करा जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय यह उत्तर संतुष्टिप्राप्त हेतु किसी और भागकारी सम्बन्ध या किसी अन्य गान्धी से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लें गई सहायता की विवरणीय प्रकृति की है। योगी पर हस्पताल द्वारा या किसी गये उपकार/इकाईया का चुनाव दीर्घित एवं हस्पताल के दीर्घित का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई उत्तर नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इकाई सुनाया और अन्य जारी की गयी विवरणीय दीर्घित एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" की कांति धूमिका या विवरणीय इस प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए, संमति

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
16/M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम न पर हस्पताल अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery अंतिम को तिथि 16/5/24	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Consultant - Phaco & Refractive	अनुमति उपर्योग हेतु
---	--	---------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पताल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पताल 2