

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवापाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	Blos2u10368	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 16/5/24		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	muni nego gouda	AGE-YEARS वय-वर्ष 70	SEX लिंग म	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्रीम का नाम	Slo Bhadre gouda			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान उत्तराखण्ड पट्टी 134, Totahalli, Achalur, Samanagur, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जागरूक स्थान				
OCCUPATION: अवस्था	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्याप		(Attach Proof of Income) (जाप का साथ संलग्न)		
PAN No.: स्थाई व्याप संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप अपने कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विषय लाएं)				
FAMILY DETAILS घरियां विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Sumanandamma	69	F	Wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोड़ा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाप प्रूफ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाप आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रूफ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता जाप (प्रमाण पत्र की जाप प्रूफ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्य/हॉस्पिट में जारी की गई ड्रॉकेशन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS RF cutback RF cutback			
Emergency - RC Cutback - 2024-05-16				
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 लोग सहायता राशि		
①	DBLS	3000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा पर्याप्त एवं

- 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 आवेदक काला हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गये ममी विवरण में सहायता को अनुमति मान एवं दिया है। यदि कोई विवरण यह कामन असत्य या चाहा जाता है तो मैंने सहायता प्रियता की कामनी है।
- 2) मैं द्वारा को सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", में ही जा रही है, उसका उपयोग उमी उपर्युक्त की पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भास रहा है।
- 3) मैं पुष्ट काला हूँ कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दौरान का अधिक या सकल विवर किये बनवाया नियंत्रण कीमत कामनी से न तो लिया है और न ही अधिक में है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा काला)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश में लिखे हुए विवरण या अन्य कामनों की जान लाभकार, मैं (आवेदक) अन्य सहायता की पूर्ण काला हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीरों" को अधिकृत काला हूँ कि ये नाम, पात्र, छोटे और जो विवरण इस प्रकाश में भासता है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दाता, लक्षणकारी दूषण उद्देश्य से जुड़ी विवरणों और उपलब्धियों के लिये कियी भी प्राप्त या अधिकृत करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्राप्त का विवरण मेरे इसका के बहाते या बाहर मेरे काले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काला में सहायता हूँ कि ये नाम, पात्र, छोटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं मुझे रखता; सहायता का लक्ष्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीरों का विवरण अतिथि और बाधकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या छोटे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा काला)**

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.

इसका अधिकृत, हस्ताक्षर को ज्ञान से प्राप्तीरोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) द्वारा प्रकाश में रखी जानीकारी करते हैं।

- 1) यह कि मैं योग्यता और न हो भविष्य में विवरण सहायता विवरण और सहायता योग्यता से उभयं स्वतंत्र से उभयं योग्यता में संलग्न हो जाते हैं तो यह कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणीयताएँ उभयं के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरणीय गोपनीयता/सकल हेतु नहीं किया जाता है तो अस्पताल विवरणीय अन्य गोपनीयता/सकल हेतु किया जाता है तो सहायता विवरणीय अन्य गोपनीयता/सकल के विवरणीय सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं काला जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवद उभयं गोपनीयता में है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से योग्यता सहायता देने वाली विवरण प्रकृति की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा योग्यता सहायता का योग्यता देनी एवं अस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उभयं का कोई उपर्युक्त नहीं है। इसलिये अस्पताल में उभयं के इसका सुनाव और उन्हें जाने की जानी किया जाता है एवं अस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई पूर्णता या विवरणीय इस विवरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

**Mr. Lakshmipathi N**  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद अस्पताल अधिकृत अधिकृती

Date of Surgery अंशोत्तर की तिथि  16/5/24	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (MBBS, MSc, FPRB, MICO) Consultant - Phaco & Refractive	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्कृति
--	---	--

FOR INCENTIVE 600 ₹ KOSHII FOUNDATION

अन्तिम उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2