

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	BLOS24/0381	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/15/24		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS - वय-वर्ष	SEX: सेक्स	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम	Eruvu mallaappa	81	m		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी संसाधन					
Shivam Shrawanthy temple street, B-6 pisa Modi malavalli taluk Hosaballit mandya					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: फ्राइ अवासीय संसाधन KORATKAR					
OCCUPATION: अवधारणा	unemployed		PRE-OP POST-OP 0381 Eruvu mallaappa		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संलग्न)		
PAN No. स्थाई ग्राहक संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हो (जो मात्र ही उस पर सही का विशेष लगाए)					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS घरिका, विवाह					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिका के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
①	Shivinayamma	67/4	F	wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनामी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेत की नींव प्रमाण पत्र (इमाइल चिर की जाता जाती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सामाजिक वाती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता जाती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता जाती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE मालाका हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लिकेशन/डॉक्यूमेंट से जारी की गई ड्रिलिंगेन सूची संलग्न				
①	Diagnosis : RE calcified AE calcified				
Surgery: RE calc tipped in					
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता दियी जाने संकेत में लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशी			
①	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेतन यह:

- 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 घोषित करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार जात्यर्थ सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कहता जाया जाता है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता की गयी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उमीद उद्देश्य को बहुत के लिए विवरण जारी, जो इस प्राप्ति में यह नहीं है।
- 3) मैं दूसरी करता हूँ कि विवरण जारी करने की गई है, उस गति का अधिकांश या सबसे विवरण किसी अन्य घोषितियोंसह/लीय कम्पनी से न जारी किया जाएगा और न यह भी विवरण में दृष्टि।

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 it's 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 it's 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 प्राप्ति का उपयोग हमस्तान का अंगठी की जाता लगाया, मैं (आवेदक) अपनी जाहाजी की दूसरी करता हूँ कि यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके जालीयों" की अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, वास्तविक जातीयों और जो विवरण इस प्राप्ति में दृष्टि देते हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, इन, वाचनादार दूसरे उद्देश्य से दृष्टि गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रमाण माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये इसका के फलते या नारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जालीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से मरम्मत हूँ कि मेरे नाम, वाल, वास्तविक जातीयों और विवरण ये कि जाहाजी के उद्देश्यों से जाखित हैं युक्त जाहाजी का इकाया नहीं बनता। इस सर्वेष ये "कोशिका" एवं उपरोक्त जालीय अधिकृत और वाचनादार होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जालीयका हमस्तान का अंगठी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हमस्तान 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.
- इसका अधिकृत, हमस्तानी की ओर से जालीय/रीडी की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजी को जाती है, जिसे हम (हमस्तान) विन प्रकार ये जात्यर्थ करते हैं।
- 1) यह कि न तो जालीय और न ही भविष्य में विवरण जाहाजी किसी और वाचनादार संस्थान या विवरण की अन्य संस्थान से उसका एगी/वाचनादार में ले जाये या से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन"।
 - 2) यह कि न तो जालीय और न ही भविष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विनीति अधिकारी/वाचनादार दृष्टि नहीं दिया जाता है तो सम्बन्धित विवरण आगे या वाचनादार संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्था से जाहाजी का अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में सभी कानून एगी/वाचनादार दृष्टि किसी विवरण जाहाजी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्था में नहीं सेवा/सेवी।
 3. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं जाहाजी के विवरण प्रकृति की है। योगी या हमस्तान द्वारा ये दिए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हमस्तान के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हमस्तान में योगी के इकाय युक्त और अपने जालीय की जालीय और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी अन्य व्यक्ति के द्वारा किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्थानी के लिए संक्षेप

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

+ (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमस्तान अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery जालीय की तारीख 11/5/24	Dr. LAXMI DOREMUVAR MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	

अनाविक उपरोक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जालीय हमस्तान 1

Signature :

S. S. R.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जालीय हमस्तान 2

Signature :

L. P.