

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राकल्प		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	BLO 24/04/22	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	21/5/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	chickamuniyappa	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	10/10 Kanchappa	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जाबासीध पता:		m 1nduballi village kusuma nelli mather - kolar karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जाबासीध पता:		/ /		
OCCUPATION: जाबासीध	Housewife	MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)	Pre-OP Post-Op OHe22 chickam	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल जापिक आय:	/	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष जलान)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जया आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर जहाँ का नियन्त्रण लागते)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS घरीबर किएवर				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबर के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Adwisha M	18 u	m	SON
②	Sudarsh	11 u	m	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्राहन पत्र (इमाइ पर कोई जाप अति संतुष्ट करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनप आय सर्व इमाइ पत्र (इमाइ पर कोई जाप अति संतुष्ट करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमाइ पत्र को काका अति संतुष्ट करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जर्मलात/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RC cut with NG cutouch			
Symptom:- LF. cut of RICPOL				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जी गई सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

- 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.
  - 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.
  - 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 योग्य काला हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण में सही जानकारी की अनुमति दायर पड़ रही है। और कोई विवरण एवं कानून अनुचय याच काला है तो मेरी महामति नियम की अनुमति है।

2) मेरे द्वारा जो महामति दिया "केंद्रिक कालांकन", वो तो जा रही है, उम्मति उपर्योग तकी उद्देश्य की पूर्ति भौतिक विधि की दिए जायेगा, जो इस प्राप्ति में पड़ता रहा है।

3) मैं पूरी काला हूँ कि यह महामति हूँ कि प्राप्ति की गई है, तब उसका को अनुचय या सहायता हिस्सा किसी अन्य घोटालेकालीय कामों से न हो सकता है और वही अविष्य में है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)**

- 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.



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

ज्ञानोदय संस्कृत एवं अंग्रेजी का शिक्षण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पित द्वारा करता)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we do hereby affirm & accept following:

- (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.

अपनी अधिकारी समझती ही और ये समझती-योगी को "कल्पितवा प्रयत्नमेष्ट" में विशिष्य समझता है तब विषयातीती की जाती है, जिसे एष (हस्ताक्षर) निम उच्चार ये बोल ले लक्षित करते हैं।

- १) यह विकास के लिए जलवायन किसी भी समाजी संस्थान द्वारा किया जाना चाहिए तो उसका अन्य संबंध में जले गए हैं, जैसे कि इनमें "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दिनांति विभिन्न समाजों द्वारा जलवायन के लिए जले गए हैं। यह "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दिनांति विभिन्न समाजों द्वारा जलवायन के लिए जले गए हैं। इस गुरुत्व में सभी काला जलवायन के लिए जले गए हैं, जैसे कि असामाजिक द्वितीय परदा उक्त जलवायन में सभी लोगों/लोगों

2. "कोशिका फालन्देशन" में तीर्थ गंगा समाज के बहुत विभिन्न दृष्टिकोण हैं। ये पर इसका द्वारा दी जाए वास्तव या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चूसा रही एवं हमलात के दौरान का विषय है और "कोशिका फालन्देशन" द्वारा किये गए प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमलात में योगी के अल्प सुधार और आवेदन की सारी विधियों की योगी एवं "कांशिका" की कोई विविध या विभिन्न इस वापर में नहीं होती।

J. S. Johnson

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संभालि

Mr. Lakshmiopathi N

Munich University

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

#### Section 8: Social Shifts

on behalf of Hospital)

ग्रन्थ व पाठ हस्तालिका अधिकृत ज्ञानकारी

七

卷之三

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति		Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trus.) # 1, MTC, MG Road, Mysore-570001 (Name Designation & State/ City/ Town/ District) on behalf of Hospital नम्बर 1, मार्ग, मैसूरु, कर्नाटक अधिकारी का नाम, पद, राज्य, शहर, ज़िला
Date of Surgery बीमारी को संषोधन  9/1/2024	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name of Doctor, MD, MS, FRCR, FRCOphth) <b>MBBS, MS, FRCR, FRCOphth</b> Consultant - Phaco & Refractive  NMC No. 90244	

KMC No. 90244 YOSHIIKA FOUNDATION

छन्दोग्य उपाय

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
रामेश्वर मुख्यमान

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी इस्ताबद्दी २

*Safary*

Eric