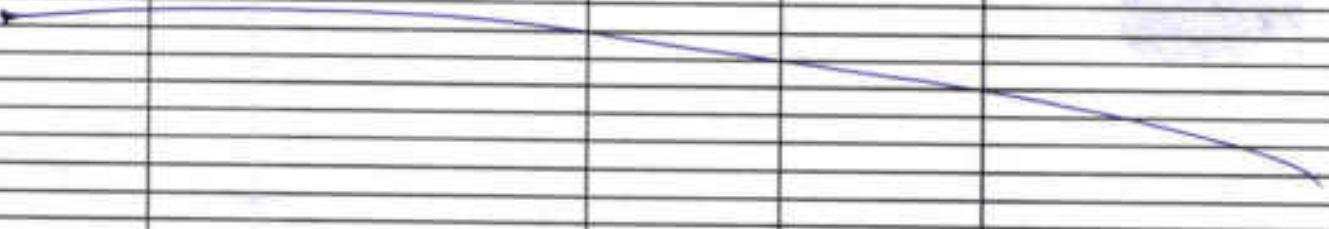
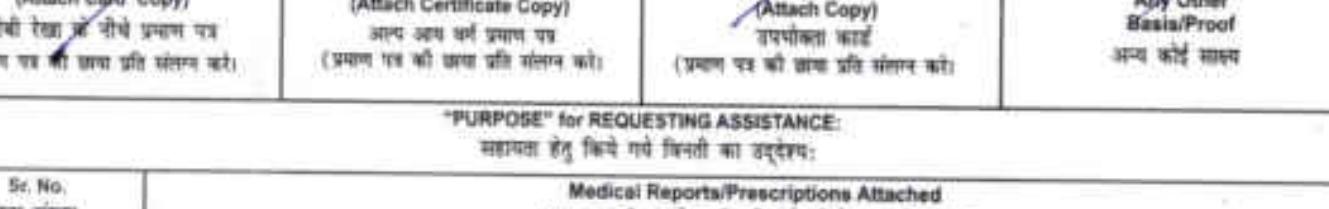


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B1052410429	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 31/5/24	 		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : Shivamma	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासान जाकरीय स्थान 81, Kurubara Betti mangala Chamrajnagar Kurnool PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासाय पाल 11			
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आय का साहिय संलग्न)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : —				
PAN No. स्ट्रीट चाल संख्या : —				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आय अदाय कर रहा हूँ (जो मान्य हो उस पर ममी का निशान लगायें): <input checked="" type="checkbox"/> Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार 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
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) परीक्षी रेखा पर नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप परीक्षी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप अपने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप परीक्षी संलग्न करें)	Bration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप परीक्षी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु लिये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या : ①	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई चिकित्सन सूची संलग्न Diagnosis RF cataract NE cataract			
Surgery : RF cat. Prol.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या : ①	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम : DBCS	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी : 2000/-		
				

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा चौथा पात्र:

- 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 हूँ कि इस फॉर्म मे दिये गये सभी विवरण ये हों जानकारी के अनुसार सच एवं मात्र हैं। परन्तु कोई विवरण एवं कठबन मात्र जहाँ है तो ये हों सहजता दिया करोगा है।
- 2) मैं द्वारा जाहाज द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", ये तो जा रही है, वस्तु उसके उमीदवारों को पूरी के लिये विवर दियेगा, जो इस फॉर्म मे दिया गया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि विवर सहजता हेतु यह प्राप्ति यो गई है, उस तरह का जारीका या सचेत दिया दियो जाने धोर्णी/नियोजित/बीमा कानूनी मे न तो लिया है और न ही प्राप्ति मे लैदा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करना)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति का उपर्युक्त हास्ताक्षर या अंगूठे की प्राप्त लागत, ये (अप्पेलेंट) जानी सहमति को दृष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीरों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे जन, जात, जोड़ी और जो विवरण इस उपर्युक्त है, उसे "कोशिका" एवं जानी, जात, जानकारी दूसरे उपर्युक्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये बिना भी प्राप्त जाहाज मे उपलब्धि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये: इसका के लिये या बार मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामीरों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात मे जाहाज हूँ कि मेरे जन, जात, जोड़ी और विवरण जो कि जाहाज के उपर्युक्त से जापात है युक्त जहाज का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके नामीरों का नियंत्रण अधिकृत और जापातकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जानीका से जाहाज या अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा करना)

- 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, हास्पातली की ओर से याचिनी/ऐरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जाहाज हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न प्राप्ति से याचिन करते हैं।
- 1) यह कि न हो सहमति और न ही भविष्य मे विविध जाहाज का विवरण ये: जानकारी संलग्न या किसी अन्य जातों से उक्त गोदी/मालों मे लैने या तो लै है, और कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरण उक्त जाहाज के सम्बन्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया जाता है तो अन्यान्य किसी जन या जानकारी संलग्न या किसी अन्य व्यवहार से जाहाज से लैने का अधिकार मुद्रित रखता है। इस दृष्टि मे स्वास्थ्य प्रदर्श उक्त जाहाज से लैने का विवरण है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से यो गई जाहाज की विविध प्रकृति की है। योगी या हास्पातल द्वारा ये गई जाहाज या किसी यो उपचार/इन्हियों का युक्त रोगी एवं स्वास्थ्य के दोष का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हास्पातल मे योगी के इकाय मुक्त और आवे जाने की मार्गी विवेहीयों तो एवं हास्पातल यो होती है और "कोशिका" की कोई खुफिया या विवेहीय इस याचिन मे नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालकी के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi 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)
नम्बर वे पर हास्पातल अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery
अंगोरण की तिथि
21/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS MS FPRS EICO
Consultant Rhinology & Reconstructive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपर्युक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीरों हास्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीरों हास्पातल 2