

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	BLOS2410N33		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 31/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sagannath Shetty P	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	72
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुर्य का नाम:	DLO-Sauithn		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वास्तविक पता:	9/1/9 Kalidabasrager / near Pugbighanda road, Hosakerehalli BSK 3rd stage Bangalore Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वास्तविक पता:			
OCCUPATION: व्यवसाय:	unemployed		
TOTAL ANNUAL INCOME: कूल वार्षिक आय:	(Attach Proof of Income) (आय का साझे संदर्भ)		
PAN No. स्थाई संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो आप आय कर रहा है (जो गाव्य हो उस पर सही का निशान लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Sauithn Anna	52	F
②	Prakash, P	34	M
			Mother
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरी अधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प वायर लाई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई स्वाद्य
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ग्राहित और सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS RC-cut track AP-cut track		
Surgery:- R-cut + P-cut.			
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 सी गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कीजिए जाएँ।

- 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 घोषणा करता हूँ कि यह प्राप्ति मेरे सभी किसी भी अनुमति सानु पर्याप्त नहीं है। यह कोई विषय एवं काम काला है जो मेरी सहायता किसी की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता गिरा "कालिका पाठ्यनियंत्रण", में भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।

3) मैं पर्याप्त सावधानी से यह प्राप्ति की चर्चा है, उस दृष्टि का अनुचित या अवृत्ति किसी भी रूप से न करता है और न ही भविष्य में सूझा।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 訂立 告白)

- 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.

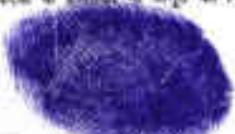
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रकार का अनुमति की जाए लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की तुष्टि काला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, पता, चोटों और वे विवरण इस प्रयाप में खोलते हैं, जब "कोशिका" प्रबन्ध न्यासी, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य में तुष्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी पो उपलब्ध या प्राप्तिकारी के लिए अधिकृत है। यो प्रत्यक्ष का विवरण मो इसके के बातें या चार में कारों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस काल से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्य में प्रयोग है युक्त लक्षण: नामांकन का छाकड़ा यही काला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवेद अधिकृत और उपलब्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

परमार्थ विद्या की विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL SIGNATURE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
the undersigned, do hereby affirm & warrant 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.

इसी अधिकृत इमालती को और से मान्यतेदाता को "कोशिका फाउन्डेशन" से विभिन्न सहायता हेतु विस्तृत की जाती है, जिसे हम (हमस्थल) निम्न उच्चार में मन्त्र व स्वीकार करते हैं।

 - 1) यह ये कि १ तो लक्ष्यपूर्ण और न ही भविष्यत में विभिन्न सहायता किसी गैर सकारी संस्थान या किसी जन्म स्वास्थ से उत्पन्न गोपीयमाले में संगी या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विस्तृत विविध उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी गोपीय/सकारी हेतु मन्त्र जीवि किया जाता है तो मान्यता किसी जन्म या सकारी संस्था या किसी अन्य समाजपथ से सहायता लेने का अधिकार मुश्यित्व रखता है। इस तृट्टि में सभी वक्ता जाता है कि मान्यता विभिन्न परद उत्तर गोपीयमाले हेतु किसी गैर सकारी संस्था या किसी अन्य साकार से नहीं संतोषित है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से यह गई सहायता कोवत विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी पर इमालत द्वारा ये गई सहायता या किसी गोपी उत्पन्ना/प्रक्रिया का भूत्तक रोपी एवं हमस्थल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उत्तर का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमस्थल में ऐसी के इताब सुनाया और अनें जाने को मार्ही विमोची ऐसी एवं हमस्थल की दीर्घी जैसे "कोशिका" की ओर से अधिकार या किसीदारी द्वारा मानी नहीं जाती।

Artistic References

Mr. Lasker at Ipswich
Mooror Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

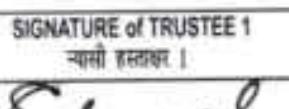
16/M, Thimmappa Road, Miller Tank Bed Area,

Designation & Stamp of Author

on behalf of Hospital).

Digitized by srujanika@gmail.com

1-3

Date of Surgery जारीकरण की तारीख 21/5/24	 Dr. Laxmi Arora, M.B.B.S., M.S., F.P.R.S., F.R.C.O.G. (MBBS, MS, FPRS, FRCOG with Stamp) Consultant • Phaco & Refractive KMC Nehru Hospital KOSHICA FOUNDATION	स्वीकृति के लिए संमति Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust.) # 15/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी अनंतिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर । 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 