

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवंदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देशभाषा)

 Koshika
foundation

APPLICATION No.: B/0524/04449
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: ०५/१२/१४

NAME of APPLICANT

AGE-YEARS वायु-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

55 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : विद्युत कुमार का नाम N/O ERanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान बसायत स्थान

KOPPA HOBIG MADDIYAR TALUK BIDARUKOT,
MANDYA KARNATAKA
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासाय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: _____

OCCUPATION

Homework

~~MARRIED (ग्रन्थित)~~ / UNMARRIED (अवृत्तित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

(Attach Proof of Income)
(See reverse side)

PAN No. 3301 3302 3303

1E YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
是 / 否

Donor post op
OHA plasma

JOURNAL OF CLIMATE Vol. 17, No. 10, October 2004

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
①	staveenkumar	064	m	Son
②	ropi	214	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card
(Attach Card Copy)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

Ration Card
(Attach Copy)

~~Any Other Basis Proof~~

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

REASON FOR REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No. क्रमांक	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची मालिक
⑩	<p>Diagnosis</p> <p>RT-cut crack</p> <p>LF cut crack</p> <p>Surgery:- RT-cut + Pathology in</p> <p>RT-cut + MRI</p> <p>RT-cut + MRI</p>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जी यह सहायता गरी
6	DBS	8000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा स्वीकृत प्राप्ति:

- 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 स्वीकृत करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य पूर्ण सही हैं। और, कोई विवरण एवं कामना असत्य या भला है तो मेरी सहायता फिर बोल की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता चीज़ "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण जारी, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं चुप्त करता हूँ कि ऐसा सहायता होता है यह प्राप्ति की गई है, उस एकी का वर्णन या लक्षण विस्तृत विवरण जन्म प्रोटोनियोकोथीय कानवरी से न ले लिया है और न वी भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 पर अपने हस्ताक्षर को लगाने की चाहे जानकारी में (आवेदक) अपनी जाहीरत की चुप्त करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन वीर उद्देश्य योगीर्थ" की अधिकृत जाल हूँ कि मेरा नाम, पता, घोटी और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, पता, वाचनावाक् शूरू उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किये गये प्राप्ति या वाचनावाक् से प्रभावित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्राप्ति का विवरण येरी इसके बाद ये करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" वा नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाल से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, घोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में दर्शित हैं युक्त सहायता का हक्कपर नहीं बनता। इस प्राप्ति में "कोशिका" एवं उपरोक्त नामियों का विवरण अलिंग और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक द्वारा हस्ताक्षर को लगाने का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इसपर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यात्रियोंको "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता देते रहते हैं, जिसे हम (हस्पताल) विन फ्रॉकर से मन्य के स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किये गये याचन या विवरण जन्म स्थान से उक्त योग्यात्मकों में सौंपे जा सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण दिया है उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किया गया अधिकृत अस्तित्वावाक्त होता नहीं किया जाता है तो अस्तित्व कियो जाने गए याचनारी संस्था या विवरण जन्म स्थान में सहायता देने का अधिकृत योग्यता देता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध बाद उक्त योग्यात्मकों होते किये गए याचनारी संस्था या विवरण जन्म स्थान से नहीं लेंगेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता योग्यता विवरण प्रकृति की है। योगी पर हस्पताल द्वारा ये नहीं सहायता की किये गये उपचार/उपक्रिया का युक्त योगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी उपकरण का कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के उपचार युक्त और बारे बारे की योगी विवरण योगी एवं हस्पताल को होती है। "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरण इस जाल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संक्षेप

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A ... of Shradha Eye Care Trust.)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंतर्जाल की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MSc, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regd. No. with stamp)
Consultant, Phaco & Refractive
KMC No. 90244
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

Safayal

Lakshminipathi