

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राक्टिक		(Healthcare) (स्वास्थ्य दखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B052410451	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 22/5/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Brundamma	AGE-YEARS वय-वर्ष: 56	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	10/0 lati venkateswamy	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता: Doddankannaballi - maddur . mandya		
DIST: राज्य:	DIST: Karnataka	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्याप्त स्थायी पता:		
OCCUPATION: जबक्षणदाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्षय संलग्न)		
PAN No. स्थाई जटा संख्या:				
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मान्य आय कर देता है (जो मान्य हो उस आय सही का विश्वान संलग्न): Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	rentalish	37y	m	SDA
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियोग उद्देश्य				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के गोई उम्मीद नमृत (उम्मीद पत्र की जाता प्रूफ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास कार्ड इमारत यथा (उम्मीद पत्र की जाता प्रूफ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उम्मीद पत्र की जाता प्रूफ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षय	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विशेष का उद्देश्य:				
Sr. No.: क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से आयी कोई गई प्रारंभिक सूची संलग्न			
①	Diagnosis	RE- cataract AC- cataract		
Emergency: RE cat + R IOL				
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	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि		
①	DBS	1000/-		

DECLARATION by APPLICANT: सर्वेषां द्वारा घोषित एवं

- 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 योग्यता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण ऐसे बहुतकारी के अनुसार सच्च एवं एर्ड होते हैं। परं, कोई विवरण एवं कार्य अवश्य प्राप्त नहीं होता है जो किसी माहात्म्य निरसन की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो माहात्म्य गति "कलिकारा फाउंडेशन", से सी जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म परं भाव रखा है।

3) मैं पर्याप्त ज्ञान वाला नहीं हूँ ताकि प्राप्ति की गति है, उस सीधी का व्यापक या साक्षर विषया किया जाना सौभाग्यवाला/हैमें कामीरी से न तो लिया है और न ही खोल्या न दीरा।

AGREEMENT by APPLICANT (either or both)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार पर अपने हाथाधार या छोटी की ओर लगाकर, मैं (आवेदक) अपने महानीति की पुस्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके लक्षणों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जन्म पत्ता, चोटी और जीवनमय इस प्रकार मेरी पोषण है, उसे "कोशिका" एवं जन्मी, दान, जन्मावधाय दूसरे उद्देश्य मेरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए कियी भी प्रकार यथायम् मेरे उत्तराधिकार के लिए अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण मेरे इतिहास के जल्दी या बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात मेरी महानीति हूँ कि मेरा जन्म, दान, चोटी और जीवनमय जीवन मेरी महानीति व उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः महानीता का ताकदीय जीवन है। इस सम्बन्ध मेरी "कोशिका" जीवन लक्ष्य, जीवनिय का नियंत्रण अधिकृत और वास्तविक होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्रतिक्रिया के लिए जारी करें।



AGREEMENT by HOSPITAL (Signature or Initials)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
do hereby declare that the information given above is correct.

- (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 अधिकतर हमारीही को देखा ये भवित्व-लोकों को "कांगड़ा कान्हन्देश्वर" से विविध लक्षणों के द्वारा है, जिसमें (उमरिया) लम्बे प्रकार के लम्बावाले वर्षा-

- १) यह कि न ही संवाद में विलिप्त महायाता किसी और साकारी सम्बन्ध में जिसी अन्य स्थोत्र से उत्तर देनी/समझते में लगे था तो यह है, जैसे कि हमने "कौशिका फाटन्डेशन" से विवाहित उक्त के सम्बन्ध में "कौशिका फाटन्डेशन" द्वारा प्रदर्श देतु किए हैं। यदि "कौशिका फाटन्डेशन" द्वारा महायाता विवाह नामिकामकल हैं तो मन्त्रा वाली किए जाते हैं तो सम्बन्धित किसी अन्य ग्रामकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में महायाता तोने का अधिकार पूरीतया रखता है। इस पृष्ठ में स्वप्न बदल देने देनी/समझते हैं तो किसी और साकारी सम्बन्ध या किसी अन्य साधन से नहीं लगती/होती।

२) "कौशिका फाटन्डेशन" में नई गई महायाता कोइत विवाह दृष्टि की है। ऐसे पर हमनें द्वारा दी गई महायाता या किसी गवे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देती है हमनात जो कीव का विवाह है और "कौशिका फाटन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। इसलिए हमनात में रोगी के इच्छा सुनाए और उने जाने भी लाए रिम्मेदारी देती हैं हमनात की गोपी और "कौशिका" की गोपी ग्रामकारी या विवाहिती या समझते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. Lakshmipathi N
Manager - Operations

**Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)**

Date of Surgery अंतिम की तरीख <i>21/2/24</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name MBBBS MS, FRCS, FRCO) Consultant & Fellow of Practise & Refractive	Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shuddha Eye Care Trust.) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नमस्कार हमालत अधिकारी अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIBA FOUNDATION

स्वास्थ्यक उपचार संग्रह

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ग्राहक व्यक्ति १

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Safary

ScirB