

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blos24/0455	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	22/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	sayanna		AGE-YEARS वय-वर्ष
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुर्य का नाम:	N/D Lingaiah		SEX लिंग
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी संस्थान		address taluk : Noddanahalli	
MUNDYAL KU DABAG		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जागराने पाल	
OCCUPATION : प्रवाहण	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संतरण)
PAN No. स्थाई स्थान संख्या			
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मैं आप ज्ञाप कर रहा हूँ (जो मान्य हो उस पर जाही का विश्वास लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनाशी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी का कोई प्रमाण पड़वा (इच्छान पर कोई साक्षात् नहीं संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आय कर्म प्रशासन वाला (प्रमाण पर कोई साक्षात् संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर कोई साक्षात् संलग्न करो)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्षात्
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दीता/हाइटर में जारी की नई विवेदन सूची संलग्न		
①	diagnosis RE cultura NB culture		
Surgery :- RE cat + PETOL			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता दिनी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति मेरे लिये नये स्थान से जनकारी के अनुसार सच नहीं है। परे कोई विवरण एवं काम अमान पाया जाता है तो मेरी सहायता निःसंकेत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा कोई भी "जीविका चालानेशन", से ली जा रही है, उसका उपलेख उसी उपरेक्षा की पूर्णी के लिये विवरण जारी, जो इस प्राप्ति में भाग लाया है।
- 3) मेरे पूर्ण काम है कि विवरण सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस गटी का जीविका या कालानेशन विवरण की अन्य स्रोतों/प्रियोकाल/बीमा कार्यालय से न हो लिया है और न ही घोषणा में दर्दी।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

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 its 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 प्राप्ति का अपने हमस्तान्तर या अपने जीविका की जारी करने लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण काम है एवं "जीविका चालानेशन" जो अधिकृत काम है कि मैं नाम, जोड़े और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्दी है, उसे "जीविका" एवं नामों, जाति, जन्मदिन आदि उपरेक्षा से जुड़ी विवरणों जोड़े उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रतिरोध करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इकाज के पहले या बाद में करने के लिए, "जीविका चालानेशन" या नवाचे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूं कि मैंना नाम, जाति, जोड़े और विवरण जो कि सहायता के उपरेक्षा से प्रतिरोध है युक्त स्थान; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "जीविका" एवं उसके नवाचे विवरणों का विवरण अधिकृत जारी करता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के उपलब्ध के लिये का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित द्वारा कराया)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमें अधिकृत, इसकारी की ओर से आपसेंसी को "जीविका चालानेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जारी है, जिसे हम (हास्पित) निम्न प्रकार से मान ले सकता करते हैं।

- 1) यह कि यह जीविका चालानेशन के विवरण सहायता किसी भी जारी करने लगाकर संस्थान या विवरण जो किसी अन्य संस्थान से उक्त एवं/या उसे लोगों द्वारा ले ली गई रहे हैं, जैसे कि हमने "जीविका चालानेशन" से विवरणितीयता उक्त के विवरण में "जीविका चालानेशन" द्वारा मरक देते कि है। यह "जीविका चालानेशन" हेतु सहायता विवरण जीविका/मरक हेतु संज्ञा नहीं किया जाता है तो अस्पताल जीविका अन्य संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सभी काम जाता है कि अस्पताल इतीम पद्धति उक्त एवं/या उसे ले लेने की ओर से सहायता देनी जारी रखता है।

2. "जीविका चालानेशन" ने नहीं यह सहायता के बाबत विवरण प्रदूषित की है। यहीं पर हमस्तान द्वारा यह गई सहायता या विवरण का जीविका/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हमस्तान के द्वारा या विवरण है जो "जीविका चालानेशन" हेतु किसी प्रकार का कोई रखत नहीं है। हमालिये हास्पित में तोगी के इताज सुन्दरी और ज्ञाने वाले को जारी विवरणीय योगी एवं हमस्तान को होगी और "जीविका" की कोई चुनिका या किसी भी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिये संस्थानी

Mr. Lakshminath N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shrividya Eye Care Trust.)

16/M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नम् व य य द हमस्तान अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery
अधिकारी की तारीख
22/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदरक उपलेख हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हमस्तान।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हमस्तान 2

Safayal

Lakshminath N