

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	1369410458	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	02/05/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	puttamma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	58 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	110 kenchiah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पत्ता:	KOPPA Hobli maddur taluk abtauruk mandya karnataka	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पत्ता:	11	
OCCUPATION: पेशी:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आय का साक्ष चलान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—			
PAN No.: अधिकारी का संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): जो आय जमा कर देता है (जो मानव को उमेर पर सही भाव निश्चय लाता है):	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	Relation with Applicant परिवार के साथ सम्बन्ध
①	Thimmisha	524	m	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिये जिनकी आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका को जोड़ दुष्पाल पत्र (प्रधान पत्र को जोड़ दें संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर चार्ट दुष्पाल पत्र (प्रधान पत्र को जोड़ दें संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र को जोड़ दें संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof जान कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए जिनकी का इन्द्रेश:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जांच की गई प्रारिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RF cataract LC cataract			
Surgery : LC cat cataract				
ASSISTANCE BEING AVALAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस इन्द्रेश के हेतु कोई ज्यादा सहायता किसी भी रूप से दिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALAILED सभी वर्ग सहायता राशि		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा प्राप्त:

- 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 ये कानून करता हूँ कि इस प्राक्तन में दिये गये किसी विवरण सही जालकारी के अनुसार मात्र एवं तारी है। यह कोई विवरण एवं कानून जालक वाला नहीं है तो मैं ये जालक नियम को जालकता हूँ।
 2) मैं द्वारा ये सहायता दी गयी "कालिकापाठ-दंडनाशन", से तीव्र बहुत ही, उमस तथा दर्द की उद्देश्य की तृप्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्तन में दिया गया है।
 3) मैं ये कानून हूँ कि मिस लक्ष्मी ही इस प्राक्तन की गई है, उस दर्शि का अधिकार या सकल इसका विवाद अन्य चोरोंविदेशीय कालकारी से न हो दिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा)

- 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 प्रति पर अपने हाथाभ्यास का अंगठी की ताप समाप्ति, मैं (आवेदक) अपनी महारथि की उपरि काला हूं एवं "कोशिका फार्मारिसन और उपचार न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा जाग, पाता, फोटो और जो विषयता इस प्रति में पर्याप्त है, उसे "कोशिका" एवं, जाते, पाता, याचना/यात्रा दूसरे उद्देश्य से युट्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियी गयी प्रसार मतभाव से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है: मेरे प्रत्यक्ष का विषयता में इतना ज्ञान या जान ये करने के लिये "कोशिका फार्मारिसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) वे (आवेदक) इस काल से सहमत हूं कि मेरा जाग, पाता, फोटो और विषयता जो कि मतभाव के उद्देश्यों से प्रत्येक है युट्टी स्वतः; महारथि का हाकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" उपचार उपचार न्यासीयों का नियमित अधिकार और मतभावही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मानव की जड़तात्त्व विद्या-क्रियाएँ



AGREEMENT by HOSPITAL (स्पेशल डॉक्टर)

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:

- (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.

इस अधिकारी को और से मामलेवारी को "कांग्रेस चालान्डर" से विद्यमान होने विवादित की जाती है, जिसे एक (डाक्टर) विन इक्कर से मान्य ब स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो सकिए और न ही भविष्य में विशिष्ट महावृत्त किसी गैर सकारी सम्बन्ध या किसी अन्य संबंध से उक्त दोस्री व्यक्ति में लेने का हो रहा है, जैसे कि हमने "कौशिका फारन्डेशन" में विशिष्ट विवरण इक्का को सम्बन्ध में "कौशिका फारन्डेशन" द्वारा मदर छुट्टे किए हैं। यदि "कौशिका फारन्डेशन" द्वारा महावृत्त विवरण भवित्वाकालीन होता है तो अस्थान किसी अन्य गैर सकाराती संबंध या किसी अन्य संबंध से महावृत्त लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में सभी कहा जाता है कि अस्थान विशिष्ट मदर इक्का दोस्री व्यक्ति में सही लेने देनी।

2. "कांगड़ा काटन्देश्वर" में तीव्र गति सहायता कोवत लिखिए इकृति को है। ऐसी जा हमनकाल द्वारा दी गई सत्त्वाह या किंवदं गये उपचार/उद्धारण का बुद्धाव रोटी एवं एवं हमनकाल के बीच का विषय है और "कांगड़ा काटन्देश्वर" द्वारा कियी इकाई का बीचे रखाय नहीं है। इसीलिये हमनकाल में खोते के इताब सुखा और अपने जागे को भारी लिम्पेटारी दीर्घी एवं एवं हमनकाल दीर्घी दीर्घी और "कांगड़ा" को बोरे भूमिका या लिम्पेटारी इन गम्भीर में वही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

RECOMMENDED FOR ACCESSION

Mr. Lakshmipathi N
Outreach

Date of Surgery अंगीकार की तिथि	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Authorised Signatory) Consultant, MBBBS, MS, FRCS, Refractive	Manager, Chairman, Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust.) # 164/1, Dnyaneshwar Road, Miller Tank, Dadra Area # Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकारी अंगीकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE ONLY - NO. 90244

सामग्रीक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

Eric B