

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगप्रबंध)	 Building block of life
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	blo52410168		APPLICATION DATE आवेदन तिथि 2015/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग	
HANUMADEVI	64	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	W/o Sarah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी पता	chikkadoddi, koppig. Hobli, madduvuru taluk, krishnagiri mandya, Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी व्यापारी पता	Post-Of 0468 Hanumadevi		
OCCUPATION : व्यवसाय	Home maker		
TOTAL ANNUAL INCOME : कूल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न)		
PAN No. स्वयं खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मम आप आय कर दाता हूँ (जो मान्य हो उम्ह पर गहरी कर विश्वास लगाये):			
Yes / No ✓			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	R-sarah	41	M
			husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोड़ा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपजीवन कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय कोई साक्षण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायत हेतु किसे नई विभिन्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जन्मस्तान/हास्पिट से जारी की गई जीवनशंख सूची संलग्न		
①	Diagnosis RE cataract L.P. cataract		
Surgery:- RE cataract Removal			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायत किसी अन्य संस्था से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्थी पर सहायता राशी	
①	DRCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 प्रोफेशनल हूँ कि इस प्राकृति में दिये गये सभी विषयों में ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं तथा ही है। परं कोई विषय ऐसा कठबन्ध लगता है तो मेरी महाप्राप्ति विषय की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा को सहायता की जानी चाही जाती है, उसका उपर्युक्त उमीद उद्देश्य भी पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्राकृति में पाया जाता है।

3) मैं पूर्ण कराता हूँ कि यह विषय वास्तविक हूँ यह जारीन की गई है, उम्मीद का विषयक या सकारात्मक विषय किसी अन्य छोड़कर बोला जानी से न तो विषय है और न ही विषय में सौंपा।

AGREEMENT by APPLICANT (અર્પણ દ્વારા)

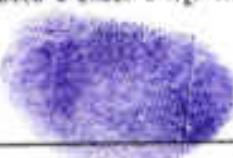
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to user/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 Kotak Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- १) इस प्रपत पर ज्ञाने हमतापा का ज्ञाने की लाइलतकर, ये (अधिकारक) अपनी प्रबलता की दुष्टि करता है एवं "कोशिका फाहदीसन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता है कि में चम, चम, चम, "फोटो और जो विवाह इस प्रपत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, चम, मायथा/या दूषण उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसाद प्रबलम से प्रतिरोध करने के लिये अधिकृत है। ये प्रपत का विवाह से इत्यत्र के प्रभावे या चम ये जाने के लिये "कोशिका फाहदीसन" व न्यायी अधिकृत है।
 - २) ये (अधिकारक) इस चम से महामत है कि में चम, चम, चम, और विवाह जो कि महामत के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वाद: सहायता का ब्रक्षण वही बनता। इस समर्थन में "कोशिका" उपर्युक्त न्यायों का विविध अधिकृत और भाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

APPENDIX 3: INFORMATION ON THE
INTERVIEW WITH DR. RICHARD J. FISHER



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) 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.

अपनी अधिकारी की ओर से भाग्यवती को "कलिश्च वाहनेन्द्रियं" से विलिप्त महाबल होने विफलता की जड़ी है, जिसे हन् (हम्मलता) द्विन प्रकार से यथां य विकार करते हैं:

- 1) यह कि न हो सकिए और न ही परिवर्त में लिखित सामग्री किसी भौतिकीय संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोपी/यामाते में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेजिका फार्मासीजन" से लिखितराखिली उक्त के सम्बन्ध में "कॉलेजिका फार्मासीजन" द्वारा यह दूसरे किसी भौतिकीय संस्थान से नहीं किया जाता है तो असम्बन्धित किसी अन्य गैर उक्तकारी संस्थान या किसी अन्य अन्य संस्थान से सामग्री लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि से सभी सामग्री का जाता है कि असमिया द्वितीय भरण उक्त रोपी/यामाते से दूसरे संस्थानोंमें

2. "कोशिका काठन्देशन" से ही एवं महापात्र कोवत विशिष्ट प्रकृति बोही है। होती यह इसकल द्वारा यही गई नतमत या किंवदं यथे उपराय/प्रक्रिया का सुखान देखी एवं इसकल के दोष का विषय है और "कोशिका काठन्देशन" द्वारा किंवदं इकल का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इसपात्र में होगी के इतना सुखा और ज्यादे ज्ञाने की साही विम्पेणी होगी एवं इसकल को होगी तभी "कोशिका" की कोई भयिका या डिम्पेणी इस गाथामें नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंतिम शोषण की तिथि
२२/५/२४

**Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant - Phaco & Refractive**

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & State, District Level Signatory
on behalf of Hospital)
Andhra Pradesh

FOR INTERNAL USE OF YOSHIIKA FOUNDATION योशिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी राजका 2

Safary

Eric B