

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

B10524100821 APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि 22/5/24

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sannigowda AGE-YEARS वय-वर्ष 60 SEX लिंग म

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कपुत्र का नाम

Slo mo ligowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासाधार पत्र

Koppa Hobli Maddur taluk Namburaya  
Kavalkura Halli mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्याप्त आवासीय पत्र

OCCUPATION:  
अपनी कार्यता

Copler

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

₹ 5,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थाई संख्या संमेलन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
जो आय जरूरी का बता है (जो मासमान ही उस पर सही का निशान लगावें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरियार विवरण

Sr. No.  
क्रम संख्या

Name of Family Member  
घरियार के सदस्यों का नाम

Age (Years)  
उम्र (वर्ष)

Gender  
लिंग

Relation with Applicant  
आवेदक के साथ सम्बद्ध

①

mangulamma

524

W

wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
महायता के लिए विभिन्न आधार:

BPL Card  
(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)

अल्प व्यवहारी प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)

Ration Card  
(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)

Any Other  
दस्तिका/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

जल्दीकरण से जारी की गई और विवेदन सभी संलग्न

①

Diagnosis

RE-crack

NE-crack

Symtoms : LB cast + pctoz

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य ज़रूरत किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

①

DBCS

0000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** निम्नलिखित द्वारा बोलना चाहिए:

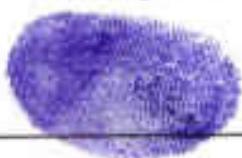
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रकाश में लिखे गये सभी विवरण में सही जानकारी के अनुसार सच्च यथा नहीं हैं। यदि कोई विवरण यथा कामय असत् यथा नहीं है तो उसे सहायता विभाग को जानकारी देना चाहिए।
- 2) मैं द्वारा को सहायता दिलाई जानी चाहिए का उपर्युक्त उमीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में सच्च नहीं है।
- 3) मैं घोषणा करता हूं कि इस सहायता के द्वारा प्राप्त की गई है, उस तरह का अंतिकार या सहायता दिलाई जाने द्वारा प्राप्त की गई है तो उसे नहीं लिया जाना चाहिए।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (निम्नलिखित 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की जाप लगाकर, मैं (निम्नलिखित) अपनी सहायता की गुरुत्व करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता हूं कि मंगा काम, पान, घोटाले और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रकाश जानकारी, दान, सामाजिक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश प्राप्त्य से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है: मैं प्रकाश का विवरण में इसका को पहचाने या बारे में जानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नवाचारी अधिकृत है।
- 2) मैं (निम्नलिखित) इस काम से सहायता हूं कि मंगा नाम, जात, घोटाले और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्तित है मुझे बताएँ; जानकारी का उपकार नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रकाश उसके नवाचारों का विवरण अधिकृत और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अंगठी की जापाना या अंगठी का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर 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 its 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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षरी भी अंगठी से प्राप्ति/घोटाले को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता है तो सहायता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विन व्हायर से मान व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बांधना और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्था से उपलब्ध होनी/प्राप्ति से लेंगे या तो है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित किया हुआ को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल है कि है: मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी नवाचार/संस्था है नहीं किया जाता है तो असहायता किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता होने वा अधिकार प्राप्ति रखता है। इस गुरुत्व में सहायता करता है कि असहायता द्वितीय बार उसे विवरणित होने के लिए और सहायता की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लें गई सहायता कोवत विविध प्रकृति की है। योगी या इसका द्वारा ही गई सहायता या लिखे गये उपचार/इकाइया का चुकाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का जारी रखने वाले ही है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी को इसका चुकाव योगी और उसे जाने को सही विवरणीय होगी एवं हस्ताक्षर की ओर "कोशिका" की कोई अधिकारी या विवरणीय इस पाठ्यक्रम में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संमति

  
Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
गुरु व व द हस्ताक्षर अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery अंपारों की तारीख  22/5/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive दाना का चिकित्सक व उपचार व उपकरण
--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्यक उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवाचार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवाचार 2