

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION NO. आवेदन संख्या	B/0723/0645	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	7/7/23
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Savithriamma	AGE-YEARS वय-वर्ष	60 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कर्तव्य का नाम	w/o Venkata Gowda		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS बसाने जाना माना जाता		Giddanahalli, Mugalur Post	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थान जाना माना जाता		Tumkur District, Karnataka	
— Same as above		Pre op	Post op
OCCUPATION अवस्था	coalie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	25,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
PAN No. स्थाई आया संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): महायाता के लिए विनाशित आधा:		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
①	Venkata Gowda	73	M
			Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिए विनाशित आधा:			
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (उपरांग वर्ष की साधा चाहिे संतुलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उपरांग आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया चाहिे संतुलन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरांग आय की साधा चाहिे संतुलन करें	Any Other Basis/Brief जावे की वाइ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE महायाता हेतु किये गए विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयोग/दॉक्टर से जारी की गई जीवोंदेन सर्वो संतुलन		
①	Diagnosis RF cataract		
	LE cataract		
②	surgery LE cataract + PCIOL		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायाता किये आय स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही एवं महायाता द्वारा	
④	D.B.C.S.	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा प्रक्रिया

- 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.
- 4) मैं अवेदक काला हूँ कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार मात्र एवं सती हैं: यदि कोई विवरण एवं वापर अवेदक द्वारा दाता है तो, उसका समाचार उसी दृष्टिकोण से दिया जायेगा, जो इस प्रकाश में दाता गया है।
- 5) मैं द्वारा जारी की गयी विवरण में सभी जानकारी और उपलब्ध जानकारी की अवधारणा निम्नलिखित कामों से नहीं बचती है और न ही भविष्यत में भी।

**AGREEMENT by APPLICANT:** अवेदक द्वारा काला

- 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 final and acceptable to me.
- 3) इस प्राप्त या अपने हास्यकारी या अपने को छोड़ लाना का, मैं (अवेदक) अपनी महानी की पुष्टि काला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारीबोर्ड" को अधिकार द्वारा हूँ जिसे दाता, वापर, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दाता, वापरकार एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रयोग वापर में उपलब्ध करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका या विवरण में इनकार के बाहर से कानून के लिये "कोशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस काला में समर्पित हूँ कि मैंने यात्रा, वापर, फोटो और विवरण जो मैं वापर के उद्देश्य से दर्शाया हैं युक्त समाचार वा वापर की वकारा एवं अवधारणा में "कोशिका" एवं उसके जारीबोर्ड का विस्तृत अधिकृत और वापरकारी होऊँ।

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

अवेदक द्वारा हास्यकारी या अपने को लिया



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (अस्पताल द्वारा काला)

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.

इसी अधिकृत, हास्यकारी को यात्रा में समर्पिती को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता देने वालीजानकारी की जारी है, जिसे हम (अस्पताल) जिस व्रकाला में साथ वा स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न की वर्तमान और न ही अवधारण में वित्तीय सहायता दिया गया जानकारी संस्थान या वित्तीय समर्पण से उसके गोदानप्राप्ति में लेने का ले रहे है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" में संलग्नता/वित्तीय उपकार के समर्पण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिया गया जानकारी संस्थान से उसके गोदानप्राप्ति में लेने की जारी होती है तो अस्पताल किसी जानकारी संभाल या किसी अन्य समर्पण में सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन पुष्टियों में व्यापक उपकार गोदानप्राप्ति है, किसी दो जानकारी संभाल के लिये अन्य समर्पण से जीवी लेना/देना।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में नीं नई सहायता संस्थान वित्तीय प्रदाता होती है। यात्रा या हास्यकारी द्वारा ही नई सहायता का वित्तीय वापर नहीं होती है। इसलिये हास्यकारी में योगी के इनाम शुल्क और जाने जाने की जानकारी योगी एवं हास्यकारी की हानी और "कोशिका" को यात्रा वापरका वित्तीयी इस समर्पण में जीवी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृतों के लिये संमति

*Accepted*

Date of Surgery अधिकार की तिथि <i>7/7/23</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic & Reconstructive Name of Dr. & Regn. No. with Stamp MMG Dr. Nivedita Dorennavar M. Sc. B. Sc.	<b>Mr. Lakshminipathi N.</b> Manager Outreach (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory (A unit of Goodwill Hospital Trust.) # 18/M, Thirumalaiya Road, Madras Bank Bed Area
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हास्यकारी 1

*S. Sengar*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हास्यकारी 2

*S. R. B.*