

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांकन)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <i>BLOTAH10852</i>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <i>5/7/24</i>		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : <i>Bakshi Phamed</i>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <i>41</i>	SEX लिंग : <i>m</i>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : <i>S/O Iali mahamed Hagg</i>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जायजालय पता : <i>Hallikar 87001, Bengaluru</i>		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जायजालय पता : <i>Tumkur 562110</i>	
OCCUPATION : अवस्था : <i>unemployed</i>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <i>—</i>			
PAN No. नाम संख्या : <i>—</i>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मास ही उस पर सही का निशान लगायें): Yes / No <i>हाँ / नहीं</i>			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
<i>①</i>	<i>eshrat</i>	<i>36y</i>	<i>f</i>
<i>②</i>	<i>saddath Ahmed</i>	<i>30y</i>	<i>m</i>
			<i>daughter in law</i>
			<i>S.O.D</i>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई संलग्न)
नारी व बच्चे की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	जलव वार्ष वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आये की गई आवेदन सूची संलग्न		
<i>①</i>	<i>Diagnosis RE-cataract 2E ratinack</i>		
	<i>Emergency RE cataract + PTLOD</i>		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES सम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हेतु यह सहायता राशी	
<i>①</i>	<i>DBCS</i>	<i>8000/-</i>	

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्पितकर्ता द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 योग्यता कारबाह हूँ कि इस प्राकृति में लिख लघु सभी किसान सभी बाजारकारी के अनुसार सभी लघु हैं। यहाँ कानून विवरण सभी कल्पना का एवं लघु है।
- 2) ये द्वारा ये सहायता गर्ति "कौशिका कारबाहत", ऐसी जो तरी है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की तृतीय के लिए किया जायेगा, जो इस प्राकृति में यह सभी है।
- 3) मैं पुराना हूँ कि यिस प्रधानावाले हूँ यह द्वारा की जा रही है, उस राति का अवृत्ति ये सकले हिस्सा किसी भाव स्थोत्रप्रियोजनका/वीचा कामनी से न तो लिपा है और न ही चीज़ों में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाला)

- 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.

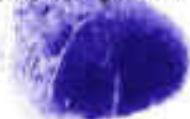
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रयत्न पर अपने हमसहा का लोगडे की ओर लकड़ाव, दै (जल्दियाँ) जल्दी-सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोटिका कार्डिनेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता है कि मेरा चाम, चाव, फौटो और जी चिकित्सा इस छात्र में चोकित है, उसे "कोटिका" एवं ज्ञानी, दाव, चावचावा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रस्ताव याप्तम् न होना चाहिए भी चिकित्सा अधिकृत है। मेरे चाम का चिकित्सा में उपलब्ध हो पहले ये बात में करने के लिये "कोटिका कार्डिनेशन" का ज्ञानी अधिकृत है।

२) मैं (अधिकारी) इस बात से महसूल हूँ कि भेत्र ग्राम, पता, फोटो और विवरण जैसे कि महापाता के उद्देश्यों से ज्ञापित हैं मुझे स्वतः महापाता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "व्योमिंग" एवं मुझके नामांकित का लिंगम् असिंग् और वास्तविकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक्षा के अनुसार ये विवरों का नियम



**AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)**

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

इसी अधिकारी, हमारी को जहां से व्यवस्थाएँ को "कोशिका फारम-बैंक" से वित्तिय सहायता हुई मिलायी। को जल्दी है, जिस दृष्टि (हायार्ड) निम प्रकार मन्यन व स्वाक्षर करता है।

1) यह कि रात चाहते थे वह न हो सकते थे किंतु उनकी जीवनी में अपनी अस्तित्व की अवधि बहुत लंबी रही।

२. "कोलेजिकल फारनैटर्सन" से लें गई प्रश्नावाला संग्रह किसी प्रकृति की है। ऐसी पर हमेहां द्वारा ये गई सत्त्वाव या किसी गये उपचार/इक्रारों का चुनाव रहा था एवं हमेहां के बीच का विषय है और "कोलेजिकल फारनैटर्सन" द्वारा किसी इकान का कोई इचाव नहीं है। इसलिए हमेहां में ऐसी के इचाव सुना गौर अमेर बाने को भारी विम्पेटारी रही एवं हमेहां की होंगी और "कोलेजिकल" को कोई भूमिका या विम्पेटारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi pathi N

## Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital

ग्राम पंचायत विधायी

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>3/1/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>Consultant Eye Surgeon</i> दृष्टिकोश विभाग व हस्पताल नं. संख. न.	Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust.) <b>Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory</b> on behalf of Hospital नाम व कठ हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

અધ્યાત્મિક પત્રા ।

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नवायी इन्स्टिट्यूट २

Safary

SiC E