

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			APPLICATION DATE आवेदन तिथि		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/0724/0779		AGE-YEARS वय-वर्ष	61	SEX लिंग
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Honnamma			F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	N/o gangayya				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पत्ता			Bettanahallipalya, Sigchallipalya, Chandrashekarpet, Mysore, Karnataka, India - 570 014		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पत्ता			Kannur, Kerala, India		
OCCUPATION: अवसाय	Home maker		Post of: 0179 Honnamma		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साथ संलग्न)		
PAN No. स्थाई संख्या संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1 आप आय कर देते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)			Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
(O)	gangayya	61	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे अमान पत्र (अमान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अट्ट अय वर्ग प्रमाण पत्र (अमान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता क्रमांक (अमान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे ज्ञान दिया जाना चाहिए					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासाल/हाईकर से जारी की गई ड्रिलिंग्स सूची संलग्न				
(O)	Diagnosis RE rachitach RE cataract				
SURGICAL :- RE cataract surgery					
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कियी जानी चाहिए तो क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो गई सहायता राशी	
(O)	DBCS			2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

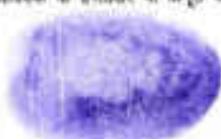
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 ज्ञात करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण यही जास्ती के अनुसार भाव एवं योग्य हैं। यदि कोई विवरण ऐसे काम का बताता है तो मेरी सहायता निःसंकेत की जा सकती है।
  - 2) मेरे द्वारा जो सहायता योग्य "जोड़न्डेशन", जो ली जा योग्य है, उसका उपयोग इसे डरेंग के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में चाहा जाया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यह सहायता ही यह प्राप्ति की गई है, उस योग्य का जास्तीक या सकल विस्तार अन्य योग्यनियोजित/वीच कामों से न हो सकता है और न ही परिवर्तन में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 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 thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की जात लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "जोड़न्डेशन योग्य जास्ती" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "जोड़न्डेशन" एवं ज्ञाती, राज, जास्तीक या दूसरे उद्देश्य से उद्दी परिवर्तित होने वाली विवरणों के लिये किसी भी प्राप्ति प्राप्त्य से उपलब्ध करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्राप्ति या विवरण में हस्ताक्षर की जाता या बाहर में करने के लिये "जोड़न्डेशन" का ज्ञाती अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता जो उद्देश्यों से प्राप्ति है पुष्ट रखा; सहायता का हकारा जो जास्ती है इस जास्ती में "जोड़न्डेशन" एवं उसके ज्ञातीकों का निर्णय अंतिम और जास्तीकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की जाती से यात्राएँ/दोस्तों द्वारा "जोड़न्डेशन" से विविध सहायता हेतु विकलांगों को जाती है, यिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से योग्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो जांचन और न हो भौतिक में विविध सहायता दियी जाए जास्तीक संसाधन या किसी अन्य संसाधन से उत्तम योग्य/सहायते में से हो या न हो है, वैसे कि हमने "जोड़न्डेशन" से विकलांगों/विविध उत्तम के सम्बन्ध में "जोड़न्डेशन" द्वारा योग्य हेतु किया है। यदि "जोड़न्डेशन" द्वारा सहायता दियी जास्तीक/सहायता हेतु उन्नत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायती योग्य या किसी अन्य संसाधन से सहायता हेतु का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वाप्त करता जाता है कि अस्पताल हितीय पद्धति उत्तम योग्य/सहायते हेतु किसी जो सहायती संसाधन या किसी अन्य साधन में नहीं लेना/लेनी।

2. "जोड़न्डेशन" से ली गई सहायता कोन्कल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुकाव होनी एवं हस्पताल के बीच या विवाद है और "जोड़न्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इतना सुरक्षा और उन्नेकाने की सही विस्तैरणी दोस्तों या हस्पताल की होगी और "जोड़न्डेशन" की कोई पूर्णता या किसी दोस्तों या नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिये संस्कृति**

**Mr. Lakshminipathi N**  
Manager Outreach

Date of Surgery अंतिम की तिथि	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> Consultant, Phaco & Retina*** Name of Dr. & Regn. No. with Stamp दाकार्य की नाम व संस्कृती के दाकार्य	Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Town Bangalore (Name, Designation & Stamp of Authorized Person) on behalf of Hospital नाम व कर हस्पताल अधिकृत जास्तीकी
----------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्ञाती द्वारा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
ज्ञाती द्वारा 2