

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांगन)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blof24/0835.	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/7/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Shivamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	66 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत्र का नाम:	BLO maha devegowda			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता:	Passurahimpura, Gundlajpet Taluk Chamarajnagar - 562414. DISTRICT KARNAKA			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:	11			
OCCUPATION: आवासीय:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): (Attach Proof of Income) (आवेदक का मालिक संलग्न)	POST OP. 0835 Shivamma	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:				
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप उत्तर देते हैं (जो मान्य दो उत्तर पर सही का विवरण लगाये):	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS वरिवार 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 सम्बन्ध
①	maha devegowda	say	M	husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशित आवश्यक:				
BPL Card (Attach Card/Copy) गटीबो रेता के गीचे प्रभाग पत्र (प्रभाग पत्र की लाल प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मल्य आप लाई प्रभाग पत्र (प्रभाग पत्र की लाल प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकार कार्ड (प्रभाग पत्र की लाल प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहिय	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्डिटर से जारी की गई प्रीवेदन मूली संलग्न			
①	Diagnosis:- RC cataract LC cataract			
Emergency:- RC cataract PTKD MM				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस 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 हाँ गई सहायता गयी		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेतन करा:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं यही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन बनाता जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जैसी करती है।
- 2) मेरा जो सहायता यहीं "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ चाहता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की लूटी के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में चाहा जाता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विस सहायता ही यह प्राप्ति की गई है, उस तरीका का अधिक या महत्व विस्तृत निम्न कामों से न हो जायेगा है और वही विवरण में ही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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 प्राप्ति पर अपने हाथाधार या लंबाई की ताप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ कि यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, वास्तविक दृष्टि उद्देश्य से तुम्ही विवरणों और उपलब्धियों के लिये कियी भी इसका माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्राप्ति का विवरण मेरे इस्तेव के लिए या चर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में सहायता हूँ कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है पुष्ट रखता; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायी का विवेद अधिकृत वास्तविकी की गयी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हाथाधार या लंबाई का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करा)

- 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.
- हमें अधिकृत, इस्तेवी की ओर से नामांकन/रोपी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता ही दिया जाता है, जिसे हम (हास्पित) जिन प्रकार से भाव्य या स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न हो कोई और वही भविष्य में विविध सहायता कियी जैसे साकारी संस्थान या किसी अन्य लोगों से उक्त एवं/या उसे लोगों द्वारा देने वाले हों, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरित किया जाना के बावजूद ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यपि ही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। यह पूर्ण में स्वतंत्र कहा जाता है कि अस्पताल ही एवं उसके एवं/या उसके लोगों द्वारा ही किया जाना जाएगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही ही सहायता के बावजूद यही की है कि योगी पर हास्पित द्वारा ही नहीं सहायता का भुगतान योगी एवं हास्पित के लोगों का विवेद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी जाना कोई राजा नहीं है। इसलिये हास्पित में योगी के इस्तेव सुरक्षा और अपने जाने की सारी विवेदाएँ योगी एवं हास्पित की होंगी और "कोशिका" की कोई खुमारा या विवेदाएँ इस सम्बन्ध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmipathi N.

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shrawan Eye Bank Trust)
Designation & Stamp of Authorised Signatory
of **HDMC, Thirumalai Family Fund Bank Bed Area**
on behalf of Hospital
नाम व पर हास्पित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery इस्तेव की तारीख <i>11/11/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco & Refractive HDMC, Thirumalai Family Fund Bank Bed Area	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदीक उपयोग हेतु
---	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2