

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	B/0724/OSA/9	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	11/11/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Jayamma	AGE-YEARS वय-वर्ष	61
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	D/o Chowdaiah	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक अवासाधार पता		DEVIPURA, KINUGAVALLI HOBLI, TALAGUWANDI malavalli taluk mandya district KARNATAKA	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासाधार पता		11 - B/0724/OSA/9 Post of Jayamma	
OCCUPATION : अवस्था	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	—	(Attach Proof of Income) (आय का साझे संलग्न)	
PAN No. स्थाई संख्या			
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का विशेष लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरेलूर विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलूर के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
①	ACURU KUMARI	33y	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			Spouse
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनाही आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी का कोई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र का जाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझे
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विनाही का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis:- QE-calcus NE-calcus		
Summary:- NE calc + QE calc (Karn. क्रान्ति)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई महायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 आवेदन में दिये गये सभी जिक्रमें मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त हैं। यदि कोई विवरण एवं कारब्रॉड वास्तव पर्याप्त नहीं है तो ऐसी सहायता निम्न की तरफ समाप्त है।
 - 2) मेरे द्वारा जैसी सहायता जीवित कराने का "कोशिका फाउंडेशन", जो सीधे जा गयी है, जानकारी उपलब्ध नहीं डरेगा कोई भूमिका की तरिके से दिये गए विवरण में भाग नहीं है।
 - 3) मैं पुराने कारब्रॉड से किसी भी विवरण की वापसी की गई है, उस विवरण का अधिकार या बहुत विवरण किसी अन्य घोषित विवरण की वापसी से न हो जाएगा है और वही अधिकार में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रकार यह आवेदक द्वारा जारी की जाने वाली सहायता की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटी और जीवित इस प्रकार में घोषित है, जो "कोशिका" एवं न्यायी, राजनी, राजनीतिक दृष्टी से चुनी गयी विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयोग का विवरण में इसका को पहाड़ या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात में जानता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़े हैं मुझे स्वतः सहायता का ड्रग्गर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अधिकृत और बाबजुड़ा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसकारा का अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्पताल की ओर से घोषित विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरणित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य व स्थिरकारी करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिकारी और न ही अधिकारी में विविध सहायता विवरण जो याकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से इसके एरेनी/व्यवस्था में लेने या देने यहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविध उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकारी/सकारात्मक हेतु यहीं किया जाता है तो अन्यतरा विवरणी अन्य और साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धान से सहायता लेने वा अधिकारी सुरक्षित प्राप्त है। इस पुष्टि में सम्बन्ध कहा जाता है कि अन्यतरा द्वितीय प्रकार वक्ता एरेनी/व्यवस्था हेतु किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे या अन्य साकारी संस्थान के विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई साकारी या विवरण तथे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई विवरण नहीं है। असली इसकाल में लेनी के इसका सुरक्षा और उन्हें जारी की जानी की स्थिति विवरणी द्वारा एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई पूर्णकारी या विवरणी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

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)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकारी/अधिकारी

Date of Surgery अधिकारी की तारीख <i>11/12/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. Diabetologist & Endocrinologist Shraddha Eye Care Trust, 24th Main, 3rd Cross, 4th Block, Jayanagar, Bangalore - 560011, India	<i>[Signature]</i>
--	---	--------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्पताल 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्पताल 2

[Signature]