

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	130625 / 0856	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/6/05	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Chandramma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	Ranachandrammaiah			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता:	Polya.	Tumkur.	Tumkur Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता:	—			
OCCUPATION: कारबाही:	Homemaker		MARRIED (परिवारित) / UNMARRIED (अपरिवारित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्यय:	—		(Attach Proof of Income) (व्यय का स्वाक्षर संलग्न)	
PAN No. स्थाई ग्रहण संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप ज्ञाप कर दाता हैं (जो मान दो उत्तर 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
1.	Ranachandramaiyah	65	F	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनियोगी अवधारणा				
BPL Card (Attach Card Copy) ग्राही रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाटप आप जारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract			
2.	Surgery LE - cataract + PCOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी जानी चाही तो लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	DBCS	₹1000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा प्रोत्तरा पात्रः

- 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 लेखन करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार यथा एवं सती हैं। यदि कोई विवरण यथा कानून अनुसार यथा जाता है तो मेरी सहमति निवारण की जा सकती है।
 - 2) मैं द्वाटे सहमति द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के दृष्टिकोण से किया जायेगा, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
 - 3) मैं द्वाटे करता हूं कि विवरणात्मक हातु यह व्यक्ति को गई है, जो यहां दिये गये विवरण के बाहर नहीं आया है और न ही अधिक दी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन 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/pull-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 fulfillment 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 पूर्ण पात्र अप्लिकेशन की जाती जान लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अपनी सहमति को द्वाटे करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, जोड़ी और जीवनशैली में धोखा है, उसे "कोशिका" द्वारा, जान, जागरूकता तथा उद्देश्य के दृष्टिकोण से अधिकृत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रबल का विवरण मेरी जाती जान में कानून के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायोदी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस बात में सहमत हूं कि मेरा नाम, जाती जोड़ी और विवरण जो कि भ्रातापता के उद्देश्य में प्रयोग हैं युक्त जाता; सहायता का हकारा नहीं करता। इस प्रयोग में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोदी के विवरण अधिकृत और जापकारी होती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर ता अंदरूनी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर 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 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.

हमारे अधिकृत, इसकी ओर से जालीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध यात्राएँ तंतु विकलान की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) यिन प्रकार से जानते हैं।

- 1) यह कि न तो लाभार्थी और न ही व्यक्ति ने विविध सहायता कियी है। याकारा संबंध में विकी अब जोड़ी में लौटी जा रही है, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विकलान की जाती है तथा जो लम्बाएँ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्राएँ विकी अधिकृत करते हैं युक्त जाता है तो अस्पष्ट। विकी अन्य और जालीयों गोपया जो विकी अब सम्बंध में जालीयों लौटी का अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्ट द्वितीय प्रकार उस योगीयोंगामी से तंतु विवरण में जालीयों द्वारा दी गयी अन्य स्थान में नहीं संलग्न होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में लौटी गयी सहायता बोर्ड विविध उद्देश्य की है। योंगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गयी सहायता का विवरण यथा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योंगी तथा हस्ताक्षर के लिए संस्कृति की जीव का विवरण है तो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विकी उकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में योंगी के हस्ताक्षर सुनिश्चित और जारी जारी की जाने वाली उपचार द्वारा दी गयी "कोशिका" की योंगी भूमिका जो विविध इस सम्बंध में नहीं होती।

Mr. LAKSHMI PATHIN

Senior Manager

BEACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Stradon Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore - 560052

Dr. M.P. VASANTHAN MS Consultant Ophthalmologist (A unit of Stradon Eye Care Trust) Vasanthanagar, Bangalore - 560052 KMC No. 9150		RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE प्रकार के लिए संस्कृति
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--