

Gundlupete

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building hope of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0864

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mangalamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

M/o Siddharaju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bargur, Gundlupete, Chamara Nagar District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre OP Post OP
0864 Mangalamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

codie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / No

हां / 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी
1	DRCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE

- 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 हूँ कि इस प्रकरण में निम्न लगे सभी विधायक मेरी जानकारी को अनुसृत सत्य एवं सही है। यदि कोई विधायक एवं/वाحدक प्रमाण प्रदा करता है तो मेरी महापौरा निवास की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 2011-2012)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 Koshwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस तरह पर अपने इलाका या अंग्रेजों को ज्ञान-लाभकर, मैं (अमेरिका) अपनी मायावी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेजिया काउन्सिल और उसके ग्लोबल" को अधिकृत करता हूँ कि वे वे, भला, कोई भी जो विवरण इस तरह में प्रेषित है, उसे "कॉलेजिया" एकद्वि ग्लोबल, एवं, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में मुझे गतिविधियाँ और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रशस्ति करने को लिए अधिकृत है। वेो तरह का विवरण में तुलाज को रहने या बाद में करने को लिए "कॉलेजिया काउन्सिल" से ग्लोबल अधिकृत है।

- 2.) मैं (अन्येभ्यः) इस बात से चकित हूँ कि गण, राजा, पंडित और विचारण भी कि महापुरुष की उद्देश्यों से प्रेरित हैं मुझे खल, अशक्त या इच्छाहीन लगता। इस सम्बंध में "महापुरुष" शब्द इसकी व्याख्या का विरोध अतिथि और आवश्यकता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આવેદન બે દરમિયાન યા અગ્રે બા નિયમન



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 101-4072)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इलाखी की ओर से सम्बन्धीत को "कॉलेज फ़ाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु प्रिजेशन को जारी है, जिसे हम (इलाखी) निम्न प्रकार से मान्य व प्रोत्साहित करते हैं:

- 1) यह कि न तो आचरण और न ही क्षमिष्य में विविध संभावना किसी भी साक्षरी संभव या किसी अन्य व्यक्ति से जुड़ा होनी चाहती है, जैसे कि हमने "कॉलिका पादवेष्टन" में विचारित/विश्लेषित। इस की संभावना में "कॉलिका पादवेष्टन" द्वारा चरण हेतु कि है, यदि "कॉलिका पादवेष्टन" द्वारा संभावना किसी अधिक/सकल हेतु चालु नहीं किया जाता है तो संभावना किसी अन्य भी साक्षरी संभव या किसी अन्य संभावना में संभावना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संभावना किसी चरण, इस तरीके/प्रकार से ही किसी भी साक्षरी संभव या किसी अन्य संभव से नहीं लेता/लेती।

2. "बोलिका पायजोश" में जो लड़कियाँ बोलत बोलत इकट्ठी की हैं। रोणी का इम्प्रेसन द्वारा दो लड़कियाँ या कितने लड़के उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देती हैं। इम्प्रेसन में बोल का विषय है और "बोलिका पायजोश" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इमोजिन इम्प्रेसन में रोणी को इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं इम्प्रेसन को होती है। "बोलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सन्धीषकृती के लिए सम्मति

Date of Surgery

अभिज्ञान कौशिक

12/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Institute for Diabetic & Eye Care)
(A unit of Sri Chandra Eye Care Society)
RMC, Bell No. 81121

8. The following information is available for the year ended 31/12/2019:

Mr. Lakshminarayanan

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

§ 120.92. **Transmittal**—आप न पद सम्हालने अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्वीक उपपन्न है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामोई हम्मलअम ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000 FEBRUARY 2

Rich