

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/0625/09/19	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/6/25	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	Komalamma	AGE-YEARS आय-वर्ष:	65	SEX लिंग:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	P/o Channegowda	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:	Anamahallu Ramanguda (0) Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता				
OCCUPATION: अपनाया जाने वाला काम:	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
PAN No. आयोजित संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कौन सा आय का दाता है (जो भाग भी उस पर सही का विशेष 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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित अवधारणा:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लटन आय वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठारंधीकाल कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से आई की गई जीवितेन सूची संलग्न			
14	Diagnosis :- RF - Cataract 2E - cataract			
15	Surgery:- RF cataract EPCFSL			
ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ली गई सहायता राशि		
16	DIBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा सोचना यहः

- 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 सोचता करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण ये जानकारी के अनुसार सबूत रखे जाते हैं। यह जीवन एवं कल्पना बहुत बहुत है तो मैंने जानकारी की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी जानकारी यही "कोशिका चाहन्देशन", से ली जा रही है। उसका उपयोग उसी गोलीय की पूर्ति के लिये किया जाएगा, और इस फॉर्म में भी यह लिखा है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस जानकारी द्वारा यह जानकारी की गई है, उस गरिमा का अधिकार या कानूनी वा वकाल विवरण जीवन स्थान/निवास/कमीज़ बदलनी से न हो सकता है और वही घटनाएँ मैं नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्त या अपने इमानाता का अंदरूनी का जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका चाहन्देशन और उसके जारीपैरी" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पात्र, योग्यता जी जी विवरण इस फॉर्म में दीखता है, उसे "कोशिका" द्वारा, जारी, शरण, जानकारी द्वारा उद्देश्य से तुरी गोपनीयता जी उपलब्धियों के लिये कियी गई उसका जानकारी में प्रत्यक्षित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्राप्त का विवरण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका चाहन्देशन" वा नवारी लिखकर है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरी जाप, पात्र, योग्यता और विवरण जी कि जानकारी के उद्देश्यों से प्रतिक्रिया है पुष्ट रहता, जानकारी का इकायार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध जारी जानकारी का विवरण अंतिम और बाजाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इमानाता का अंदरूनी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इमानाता द्वारा कराया)

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.

इसको अधिकृत, इमानाता को जोड़े से जामाने/जारी की "कोशिका चाहन्देशन" से विवरण जानकारी द्वारा दीखती है, जिसे हम (इमानाता) निम्न उक्ता से यान्त्र तथा स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो जानकारी और वही परिवर्तन में विवरण जानकारी किया है। जानकारी संभवतया या किसी अन्य रूप से उक्त उपर्युक्ताने में दीखी गयी रही है, जैसे कि हमने "कोशिका चाहन्देशन" से विवरणीयतानीहै। उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका चाहन्देशन" द्वारा जानकारी कियी गयीकरकरता है। यह जानकारी कियी गयी रूप से जानकारी संभवतया या किसी अन्य जानकारीने से जानकारी दीखती रहती है। इस पुष्ट में भव्य रूप से यान्त्र तथा स्वीकृत रूप से दीखती रहती है कि अन्यतार द्वितीय परामर्श उक्त उपर्युक्ताने होनु कियो गए जानकारी संभवतया या किसी अन्य जानकारी से नहीं लिया जाता।
- 2) "कोशिका चाहन्देशन" से ली गई जानकारी को लिये जाने का इमानाता द्वारा एवं नई जानकारी का जुराया दीखती रहती है। यही जानकारी द्वारा कियी गयी जानकारी का जारी रखता नहीं है। इसलिये इमानाता में योग्यता के उत्तरान्तर मूल्य और अन्य जानकारी की दीखी गई। "कोशिका" की जारी घूसीका या किम्बेदी इस जानकारी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr M. LAKSHMIPATHIN

Mr. LAKSHMIPATHIN
Senior Manager

Date of Surgery अंतिम स्थान की तारीख 13/6/25	M.S Consultant Ophthalmologist Diagnose Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vasant Kunj, New Delhi - 52	OUTREACH BANGLA DIABETES & EYE UNIT (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vasant Kunj, New Delhi - 52
--	---	---

KYC No. / वार्ता संख्या /
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनन्तरिक उपर्युक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इमानाता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इमानाता 2