

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0625/0933	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 18/6/25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
puttama mma	57	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	NO. Sri Kantegowda.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पर्याप्त आवासीय पता → Harkhae maddiye (1) maddiye (N) Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: आवासीय	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का सदृश संतान)			
PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या				
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आप ज्ञाप कर दाता हूँ (जो मात्र ही उस पर सही का निशान लगाएं)				
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
15	Sri Kantegowda.	50	m	Husband.
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPY Card (Attach Card Copy) गोपी रोग के लिये प्रयोग पत्र (प्रयोग पत्र की लागत इति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प ज्ञाप कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत इति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्थानक वार्ड (प्रमाण पत्र की लागत इति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई जाहज	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई औषधेवाले सूची संलग्न			
15	Diagnosis- RF- pcdl RF- catalat			
25	Surgery- LF- catalat + pcdl			
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 सी गई सहायता राशी		
15	DBCS	5000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** मानेतक द्वारा घोषणा पाइँ

- 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 पोर्टल करता हूँ कि इस प्रावेन में दिये गये सभी विवरण मेरी जालकारी के अनुसार साप्त एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कामन असाध पाक जाता है तो मेरी सहायता विशेष की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जीव साकारता रही "कानूनिक प्रावेन्यात्म", जो लौट जा रही है, उसका उपर्योग उमीद उद्देश्य की सुनीति के दिये विवरण जारी, तो इस प्रावेन में भाग गया है।  
 3) मैं दूसरे करता हूँ कि यह नहीं बताता हूँ कि यह दूसरों की जगह है, वह यही कि अधिकार या जालक विवरण दियाए जाने से जुड़ा-नियोजित, वीच कामयारी से न हो जाएगा है और वही वालाहां में रहेगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (申請者の方へ)**

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

- 1) इस प्रति या अपने हमाराहर का अंगते की ओर साधारण, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की गुण काल हूँ एवं “कोलिशक फार्मारेस्ट और डाक्टर न्यायी” को अधिकृत काल हूँ कि मेरा वाप, वाप, फोटो और जो विवाह इस वाप में खंडित है, उसे “कोलिशक” एवं न्यायी, दाव, साधारण दूसरों द्वारा दर्शेवाले नियंत्रित और दावाविकारी व लिये किये भी प्राप्त वापम से उत्तीर्ण करने के लिए अधिकृत है। यो वाप का विवाह यो इसके लकड़े या बाल में काने के लिए “कोलिशक फार्मारेस्ट” व न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस वाप में सहमत हूँ कि मेरा वाप, चाल, फोटो और विवाह जो कि सहायत के उद्देश्य से उत्पन्न हैं युक्त स्वरूप; सहायत का हकार यही बनता। इस सर्वथा वे “कोलिशक” उपर्युक्त न्यायीका नियंत्र अधिकृत और वापवाली होंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

लालोक के अस्त्रों का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL (病院の承認)

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.

इस अधिकार उम्मीदों को लाए हैं जिसके द्वारा को "वर्तमान प्राप्ति-प्राप्ति" में विशिष्ट महावाक्य हैं जिसका विवरण भी आया है, जिसे हम (हमारों) विन प्राप्ति से साधा जा सकता जाता है।

- 1) यह कि न ही योग्यता में वित्तिय साहाय्य किसी ग्र सकारी योग्यता का किसी अन्य संसद से उक्त दोषी/यापने में लौग या से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कांगड़ेवाल" में वित्तिय साहाय्य के विवरित उक्त जे सम्बन्ध में "कांगड़ा फाड़न्देवाल" द्वारा यह देता कि है। यदि "कांगड़ा फाड़न्देवाल" द्वारा साहाय्य वित्तिय साकल देता नहीं किया जाता है तो अप्यायिता किसी अन्य ग्र सकारी योग्यता के किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में यह यह कहा जाता है कि अप्यायिता द्वितीय मरण उक्त दोषी/यापने हेतु किसी और ग्र सकारी योग्यता के किसी अन्य सम्बन्ध में भी संभव नहीं।

2. "कोशिका पाठ्य-नियम" में ऐसी गई सामाजिक क्रियल वित्तिय प्रकृति की है: ऐसी या इसका द्वारा यह गई सामाजिक क्रियल वित्तिय प्रकृति का उत्तरवर्णन द्वारा किसी प्रकार का कोई विवर नहीं है। इससे इसका मौजूदा और आने वाली भवित्व विवरणों द्वारा एवं इसका कोई दोगों और "कोशिका पाठ्य-नियम" द्वारा किसी प्रकार का कोई विवर नहीं है।

Mr. LAKSHMAN <sup>Secretary</sup>

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

SYNTHESIUS  
Senior Manager  
Outcomes

**Date of Surgery**

Consultant Ophthalmologist  
Diabetes & Eye  
(A Unit of Shraddha Eye Care) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
Vasai (W), Mumbai - 401 303

**THE HEALTH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL**  
(A unit of Shradha Eye Hospital Trust)  
**Vasanthnagar, Bangalore-59**

KMC NO 91961  
CHIYODA-ku, TOKYO, JAPAN - EIKOSHINKA FOUNDATION

मानविक विज्ञान एवं तकनीक

**SIGNATURE OF TRUSTEE 1**

लाली जनका १

Safaryl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाची विद्या २

eric