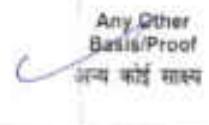
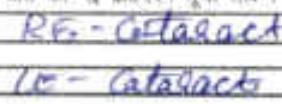


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N109221048	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/9/22	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Gudu mallamma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	65	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूम का नाम:	w/o Gadeswamappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीन स्थायी पता Chamrajnagar Taluk Palnurdi Chamrajnagar Kothaluradi, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी पता Same as above		Preop 1048 post op Giururallam		
OCCUPATION: पेशाय:	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष लेखन)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	28,000/-			
PAN No.: स्थाई छाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप ज्ञाप भर रहे हैं (जो साथ ही उस पर सही का विवरण लिए):		Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताका प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताका प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताका प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof 	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis 			
2	Surgery 			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता रकम		
1	DBCS	2,000/-		

**DECLARATION by APPLICANT** अर्पितकर्ता द्वारा घोषणा की

- 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.

**AGREEMENT by APPLICANT (申請人之同意)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- इस दृष्टि पर अपने हमें का या अपने की साथ लगाकर, मैं (अधिकारक) अपनी सहभागी को पुष्ट करता हूँ तब "कांशिक फाइंडर और उपकरण नवाचारी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जन्म, पता, जोड़ी और जीवन का इस दृष्टि में व्यापित है, उसे "कांशिक" एवं ज्ञानी, धन, वाचनात्मक दृष्टि दृष्टिरूप में जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रभार व्याप्ति से असंतुष्ट रहते थे लिये अधिकृत हैं; मेरे दृष्टि का विवरण में इसका कहने या बाद पर करते के लिये "कांशिक फाइंडर" व ज्ञानी अधिकृत है।
- मैं (अधिकारक) इस काल में जन्मत हूँ तैन बीत जन्म, पता, जोड़ी और विवाह की कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है गृही जन्म, सहायता का इकाइयां वही बनाता है इस उपर्योग में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

અનેક વી જગતાની અંતિમ પ્રિય

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL SIGN HERE)

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 दरमावनी को भी से सामनेरही को "व्योलिंग प्राइवेटेल" से विविध स्थापना होता विवरण की जाती है, जिसे हम (हमारात) निम्न कुठार से नम्बर व स्ट्रीकर बताते हैं।

1) यह कि वे लोकान्मान और वे ही अधिक में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीति से उपलब्ध नहीं है, जैसे कि हमने "कोरोनिका फाइनेंसन" या वित्तिय वित्तीय उत्तर के सम्बन्ध में "कोरोनिका फाइनेंसन" द्वारा घटाया हुआ कि है। यह "कोरोनिका फाइनेंसन" द्वारा नवाचल द्वारा मन्त्रिक मकाल है तो सम्पादक किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाजिक संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार मूल्यांश रखता है। इस पृष्ठ में उपलब्ध वहाँ आया है कि अन्यतरा वित्तीय मदद उत्तर गैरी-भाषण से है किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाजिक से नहीं।

२. "कांशिका लाइब्रेरी" में तो गई सहायता ज्ञानालय विभाग प्रदूषित भी है। यहाँ पर हमसाल द्वारा गई सहायता या किसे गये उपचार-प्रौद्योगिक्य का सुनाव दीर्घी तक हमसाल  
की ओर आ चिपक है और "कांशिका लाइब्रेरी" द्वारा किसी प्रकार का अपेक्षण नहीं है। हमसाल द्वारा दीर्घी के इसके सुनाव और आने वाले की सभी जिम्मेदारी दीर्घी तक हमसाल  
की दीर्घी और "कांशिका" की कोई भीविका या किम्बद्दरी इस जालने से नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कार

Date of Surgery

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Eye Care & Research  
(A unit of Shradhananda Eye Care Trust)  
KMC Road, Bangalore - 560 001  
**NC - WHT Stamp**

**Mr. Lakshmipathi N**  
Manager- Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
**INSTITUTE FOR CHILDREN'S EAR CARE**  
on behalf of Hospital  
(A unit of Shrikrishna Foundation Trust)  
8/1, Tatyasaheb Kore Road, Bopal - 390 009  
A.M. Thimmaiah Building, Bopal - 390 009

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

## अन्तर्रिक्ष उपकरण तंत्र

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्यासी इसामर |

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी वास्तवकर 2

*Sergey*

Eric B