

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: N109221122
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 20/7/22
आवेदन मिति:

Koshika
foundation
Building block of life

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mallamma

AGE-YEARS उमेर-वर्ष

43

SEX सिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कर्तव्य का नाम

W/o Late Santhosh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Lingapurra Chikkabhadra Hth post Rotoor
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pre op post op
1122 mallammaOCCUPATION:
जैविक

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.: स्थाई ग्राहक संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (जो भाव्य ही उमेर पर मही का विशेषता है)Yes / No
हाँ नहीं

FAMILY DETAILS घरीबीकर विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरीत माननि

BPL Card (Attach Card Copy) पर्यावरण के नीचे प्रमाण पत्र (इमारत पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ आय वार्ता प्रमाण पत्र (इमारत पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमारत पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other BasicProof अन्य मार्ग साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टोर से जारी की गई ड्राइवरिंग सूची संलग्न	- RE-Cataract CE-Cataract
1	Diagnosis	CE-Cataract + PCOL
2	Surgery	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 ली गई सहायता-मात्रा
1	DBGS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: मानवक क्रिया प्रणाली या:

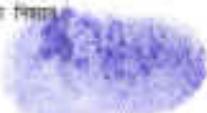
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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.
- I ने लोकता कारत हूँ कि इस प्रकाश में यह यहाँ विवरण में जनसाक्षर करनुपरामधारी है। यदि योरूँ विवरण एवं कारबाह असत् यथा जात हैं तो मैंने महाप्रकाश निरसन द्वारा उन समानोंहैं।
- मैं इस कारत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" में जो योरूँ हैं, उसका प्रयोग इसे उद्देश्य की लूटी के लिये विवरण आयी, जो इस प्रकाश में था याहै।
- मैं युद्ध कारत हूँ कि विवरण महाप्रकाश द्वारा यह उद्देश्य की गया है। तभी योरूँ को अविश्वास एवं मानव विवरण कियो वरन् धूमधूलिता/चीमा कमातो में जो लोकता जिसका है और वहाँ की भवित्व में उत्तीर्ण है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्रत्यक्ष क्रात कराया)

- 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.
- 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 to 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 प्रकाश का अपने हास्ताक्षर वा अंगठी को छाक लगाता हूँ (अविश्वास)। अपने सहायता की युद्ध कारत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अविश्वास कारत हूँ कि यह नाम, जन्म, जाती ही वा विवरण इस प्रकाश में उद्देश्य है, जो "कोशिका" एवं नामी, राष्ट्र, पालकों/एवं दूसरे उद्देश्य में भूमि गतिविधियों द्वारा इष्टविद्वारों वा लिये जिन्हों भी इसका अन्धमान में प्रसीदित करते हैं। मौजूद प्राच का विवरण में इनका वास या जारी करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" वा नामी अधिकृत है।
- दूसरे (अविश्वास) इस जात में महाप्रकाश हूँ कि मैंने नाम, जन्म, जाती ही वा विवरण जो कि महाप्रकाश के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित है तुम्हें जात, महाप्रकाश का हाकारा नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उद्देश्य नामित वा विवरण अतिम भूमि वाल्पकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

महाप्रकाश के हास्ताक्षर वा अंगठी का लियोगा।



AGREEMENT by HOSPITAL: (हाप्तकल द्वारा कराया)

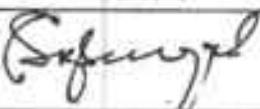
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.
- हाप्तकल द्वारा दिलाई गई जात में यामर्होर्हेनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेद्य महाप्रकाश हूँ या विवरण जो जाती है, जिसे हम (हाप्तकल) लिये प्रकाश में मत्त्व के स्थीकरण करते हैं।
- यह कि वहाँ जाती ही वा अधिकृत में विवरण महाप्रकाश कियो गए साकारी संस्थान या विवरण अन्य जातों से उक्त योगी-योगारों में सेवे का लो खो गए हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण किया उक्त की सम्भाल नहीं द्वारा प्राप्त नहीं किया जाता है तो अन्यतर किसी अन्य द्वारा साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में साकारा लिये को अधिकार मूर्तित नहीं है। इस युद्ध में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यातार द्वितीय पदार्थ उक्त कोई सम्पत्ति है जूँ किसी द्वारा साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में उक्ती सम्पत्ति होती है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" में जो यह महाप्रकाश कोलन विवरण द्वारा दिया गया जाता है कि वह यह उपचार/स्क्रिप्ट का द्वयवारी रुपी एवं इसका नाम भी नाम का विवर है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई विवर नहीं है। इसलिये इसका में योरूँ के साकार सुधार वा जारी करने की क्षमता विवरणी योरूँ इस इसका जी होती ही वा "कोशिका" द्वारा कोई अधिकार या विवरणी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संकेतित

Date of Surgery अधिकृत योरूँ द्वारा किया गया तिथि <i>20/9/22</i>	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgeon Institute of Ophthalmology and Eye Bank (A unit of Sheshadri Eye Bank), KMC Reg No. #1123	Mr. LakshmiPathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute of Ophthalmology and Eye Bank (A unit of Sheshadri Eye Bank), # 10/M, Thimmapura, Bengaluru - 560065 # 10/M, Thimmapura, Bengaluru - 560065
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
योरूँ हास्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
योरूँ हास्ताक्षर 2

