

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

3/0824/ 1125

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथी

8/8/29

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sannappa

AGE-YEARS उमेर-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

Doddirappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सर्वानन्द जनसमीक्षा पाठा

Bappanadu Madalur Post  
Sra Taluk Tumkur District  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय पाठा

Bappanadu Madalur Post  
Sra Taluk Tumkur District  
Karnataka

OCCUPATION:  
अवस्था

Coolie

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (जिविताहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक वेतन

10000/-

(Attach Proof of Income)  
(आप का स्वास्थ्य संलग्न)

TIN No. स्ट्रीट नम्बर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
व्या आप आप का रहा है (जो माल्य हो उस पर सही का निशान लगाये):

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1	Sathalingamma	65	F	wife
2	Rajanna	29	M	Son
3	Ranganath	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिन्हित उद्देश्य

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की ओपा जीति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उम्मीद वाले वर्ग प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की ओपा जीति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचालका कार्ड (प्रधान पत्र की ओपा जीति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof जीव कोई साध्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जीव जीति वार्ता एवं डिलिवर सूची संलग्न
1	Diagnosis TRF = Cataract LE = Cataract

Sr. No.	RECEIPT OF PAYMENT RECEIPT OF PAYMENT RECEIPT OF PAYMENT RECEIPT OF PAYMENT
1	Surgey

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई ज्यादा सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीव गई सहायता राशि
1	DBPS	3000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा प्रति:

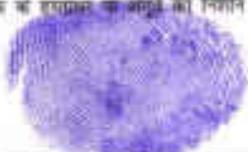
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मैं घोषक करता हूँ कि इस प्राप्ति में लिखे गये सभी विवरण मेंी जानकारी को अनुसार सम्म माटे हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहन जाता या भल है कि यही बहाव किसी भी तरफ सम्म है।
- 5) मैं द्वारा जो बहाव या "कोशिका पात्रान्वेश", में नीचे का चीज़ है, उसका उपयोग उसी उद्देश को पूर्ण के लिए किया जाता है, जो इस उद्देश में भल माटा है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह आवेदक भी नहीं है, उस गांधी का अविवाह या सकाल विवरण किसी अन्य छोटी-नियोजित/बीमा कानूनी में न गो लिया है और वही भविष्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे या उपर साक्षात्, या (आवेदक) अपनी सहमती को पूर्ण करता हूँ तब "कोशिका पात्रान्वेश और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता हूँ कि यहां यात्रा, यात्रा, यात्रा और यह विवरण इस प्रति में विविध है, उसे "कोशिका" एवं नवाचार, यात्रा, यात्रा उद्देश से नुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यवधारण में व्युत्पत्ति करते हैं लिए अधिकृत है। ये प्रति का विवरण में इसके बाहर में वार्ता या बातें या कारणों के लिए "कोशिका पात्रान्वेश" या नवाचार अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात में महापता हूँ कि यहां यात्रा, यात्रा, यात्रा और विवरण जो कि महापता को उद्देश्यों से विचित्र हैं युक्त यात्रा, यात्रा या व्यवधारण वाली कारणा: इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवाचारों का नियन्त्रण जीवित और कामगारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर का अंगठे का नियन्त्रण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इन्सिटीटुट द्वारा करता)**

- 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.
- इन्सिटीटुट, इन्सिटीटुट की ओर से मानकोंचोंगी को "कोशिका पात्रान्वेश" में विविध व्यवधारण हेतु सहमती को लाता है, किसे हम (इन्सिटीटुट) नियंत्रण में यात्रा व अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि वह ये सभी व्यवधारण और वही व्यवधारण में विविध व्यवधारण किसी भी भल कानून से उपर संगीतव्यापार ने लाती या तो रहती है, या ये कि हमारे "कोशिका पात्रान्वेश" में विविधव्यापारी उद्देश को सम्बन्ध में "कोशिका पात्रान्वेश" द्वारा यात्रा, यात्रा की है। यदि "कोशिका पात्रान्वेश" द्वारा महापता किसी नवाचार या व्यवधारण को अन्य सम्बन्धीय व्यवधारण में यात्रा की विवरण या व्यवधारण में यात्रा को अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं यात्रा की है कि अन्यताल हिस्सियत यात्रा उद्देश्योंसे हेतु किसी भी जानकारी नियन्त्रण या किसी अन्य सम्बन्ध में यात्रा को नहीं देंगे।
  - 2) "कोशिका पात्रान्वेश" में नीचे नीचे यात्रा की व्यवधारण विविध व्यवधारण की है। ये यात्रा का हमारात द्वारा दी गई सभी व्यवधारणों का यात्रा योगी एवं इन्सिटीटुट के बीच यात्रा विवरण है और "कोशिका पात्रान्वेश" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवधारण नहीं है। इन्सिटीटुट हमारात में यात्रा को इकान यात्रा और अन्य बातें को यात्रा किसी भी व्यवधारण की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या किसी भी इस व्यवधारण में यात्रा नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Mr. Laxmi Dorennayav*  
नवाचारी को लिए संस्कृति

*Mr. Lakshminipathi N*

Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shreaddha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed A/B/C  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नवाचार के पास हमारात अधिकृत अधिकारी

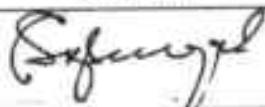
Date of Surgery  
अधिकृत की तारीख  
*8/8/21*

*M.B.B.S, M.D., F.R.C.P., F.R.C.O.G., F.R.C.S., F.I.B.C.P.*  
Consultant - *Refractive & Cataract Surgeon*  
(Name *MD, M.D., F.R.C.P., F.R.C.O.G., F.R.C.S., F.I.B.C.P.*)  
दायरा का नाम व हुमारा व योग, न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाचारी हमारा :



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाचारी हमारा :

