

# Duggalaballi

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		<b>(Healthcare)</b> (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: N102111H3 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 01/10/21 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : Morriswamy आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग	
		61	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : मित्र/स्त्री का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासान आवासीय पाला Duggalaballi Malavalli T.O Mandy a District				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पाला Same as above.				
OCCUPATION : Coolie जनरल		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आप का साध्य संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 30,000				
PAN No. स्थाई छात्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय चर दाता है (जो भाव्य हो उस पर सही का निश्चय लाएं)		<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> हाँ / नहीं		
<b>FAMILY DETAILS</b> परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE</b> (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनामि आपका				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्राप्त दस्त	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वाले प्राप्त दस्त (प्राप्त दस्त की साथ प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचालका कार्ड (प्राप्त दस्त की साथ प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड मालव	
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> सहायता हेतु किये गये विनामि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घृणकालीन से आई की गई प्रतिवेदन सूची संतान			
①	Diagnosis RE cataract LC Cataract			
②	Surgery RE cataract + PCOL			
<b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता फिर्सी अन्य संसाध से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संसाध का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तीव्र सहायता राशी	
①	DBCS		2,000/- रुपये	

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा संकेत पाठः

- 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.

1) मैं परेंट काल हूं कि इस फॉर्म में दिये गये ममी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार मात्र एवं सत्य है। परं, कोई विवरण एवं कथन असत्य या गलत है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्योग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जातेगा, जो इस फॉर्म में नहीं दिया है।  
 3) मैं युविं काल हूं कि विस सहायता द्वारा यह प्राप्ति की जाती है, उस तारीख का अंतिम या अक्षय या असत्य निवारण की जाती है और न ही भवित्व में रहती।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा 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 fulfillment 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 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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म से जाने वाले हमलाला या अंगठे को जाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को युविं काल हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा याचन, घोटा और जो विवरण इस प्राप्त में पर्याप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, या, याचार्य या दूसरे बहुतेव या बद्र में जुटी परिवर्तियाँ और उपलब्धियाँ के लिये कियी भी ड्राफ्ट या व्यवहार या व्यवहार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्त या विवरण में इत्याकृत या वहाने या बद्र में जाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (अवेदक) इस काल से जहान हूं कि मेरा याचन, या, घोटा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतिक्रिया है युक्त नहीं; सहायता का इकायाच नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायी का निर्वाचन अविष्य और जानकारी होगा।

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

अवेदक की हमलाला या अंगठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हमलाल 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.

हमारे अधिकृत, हमलाली को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता द्वारा विद्यारित की जाती है, जिसे हम (हमलाल) निम्न उचार से यज्ञ व न्यौका करते हैं।

- यह कि न हो सहायता और यह ही परियोग में विविध सहायता कियी जाए। जाकरी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता/सामग्री में लैंगे या ले जाए है, तो ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध रूप के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बद्र होता कि है। परं, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत असिक्य/मकान होता यही किया जाता है तो अस्थान किसी अन्य गैर जाकरी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस युविं में स्वयं कहा जाता है कि अस्थान द्वितीय बद्र उक्त योगी/यात्रने द्वारा किसी भी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होती।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोयन विविध प्रकृति की है। योगी पर हमलाल द्वारा या किये गये उपकार/उपक्रिया का भूत्ता योगी एवं हमलाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी जाना का कोई बद्र नहीं है। इसलिये हमलाल ये योगी के इत्याकृत सुनुषा और आने जाने की जारी रिमानेंटी होती है। एवं हमलाल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवेश्वरी इसे यापाते में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संकेत

Dr. Suganya B.N.

Consultant, Medical Superintendent  
Cormea, Cataract & Refractive S.  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shri Ramachandra Eye Care Foundation)  
KMG दृष्टि कार्यालय के इस्तेमाल के लिए न.

Mr. Lakshmi Pathi N.

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shri Ramachandra Eye Care Foundation)  
18/M, Thirumalai Nallur Road, Madras 600005, Tamil Nadu, India  
Mobile: +91 98400 77788, Email: lpathi@srer.org.in, Website: www.srer.org.in

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हमलाल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हमलाल 2