

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: Blos24/114

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 10/8/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

M

F

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

puttalingamma

120 mullaiah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान आवासीय पता
keelaghatta koppa Hobli, Maddur taluk
Mandya District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

OCCUPATION:
प्रवृत्ति

Home maker

MARRIED (शादी) / UNMARRIED (अशादी)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय:

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

PAN No. स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाएँ)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनाई आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के पारे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सापड़ते संतुष्ट होए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प जरूरत के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा पूरी संतुष्ट होए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जावा पूरी संतुष्ट होए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गए विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टॉक्सिर से जारी की गई इलाज सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS RE-admit NE codisack

SYNTHY - 1001-400-000-1000
2024-07-26 10:30 AM IST

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 तो कोई सहायता गयी
②	DBGS	2000/-

Koshika
foundation
Building block of life.



post op postop
1144 Puttalingama

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पदः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण सभी जासूसी के अनुसार यथा एवं सही हैं। परीक्षा के लिए विवरण एवं कामय असंबंधित यथा जाता है तो सभी जासूसी नियम की बाबत कही नहीं है।
- 2) मैं द्वारा जो जासूसी ताकि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए विवरण आयोग, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि विवरण जासूसी हेतु यह ग्राहक को गई है, तब उसी का अधिकार य सकल विवरण जासूसी अन्य इंडिपेंडेंट/हीम कम्पनी से न लिया जाएगा तो वीरा न हो अधिकार में गैरिगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जासूसी को पूरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जासूसी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं जासूसी, दान, जासूसी या दूसी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों वाले उपलब्धियों के लिए विवरण भी प्राप्त जायेगा तो प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्राप्ति का विवरण में इनका एवं उसके बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वाली जासूसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण जो कि जासूसी के उद्देश्य से घोषित हैं पूरे ज्ञान, जासूसी का उपयोग जहाँ जाता है एवं ग्राहक में "कोशिका" एवं उसके जासूसी का विवरण जीवित और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर 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:
- 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.
- इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जासूसी/अंगठी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जासूसी हेतु विवरण जो ली गई है, विवरण एवं जासूसी तो सही है।
- 1) यह कि न तो जासूसी और न ही अधिकार में विविध जासूसी विवरण गैर साकारी संस्थान या विवरण अन्य स्रोत से उक्त एवं विवरण विवरण में ली गई है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरण उक्त को संस्थान या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जासूसी विवरण अविवरण अविवरण के उद्देश्य से घोषित है पूरे ज्ञान, जासूसी का उपयोग जहाँ जाता है एवं ग्राहक विवरण जीवित और वाच्यकारी संस्थान या विवरण अन्य जासूसी से जासूसी होनी चाही जाए। इस पूरी विवरण एवं स्पष्ट कहा जाता है कि जासूसी विवरण एवं उक्त एवं विवरण विवरण में जासूसी जीवित और वाच्यकारी संस्थान या विवरण अन्य जासूसी से नहीं होनी चाही।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई जासूसी को विवरण विवरण की है। यहाँ पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई जासूसी या विवरण एवं उपयोग/प्रक्रिया का सुनाव यही एवं हस्ताक्षर के द्वारा का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण विवरण का कोई उपयोग नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ली गई के उपयोग सुनाव और अन्य वाने को जारी विवरण एवं एवं हस्ताक्षर की होनी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरण एवं इस वाने में नहीं होती।

Mrs. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत विवरण

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Registration No. with Stamp)
हास्पिट का नाम व हस्ताक्षर व राज. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2