

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B108241 1205	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	17/8/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	malukka	AGE-YEARS वय-वर्ष	58 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम	13/o mylarappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासान स्थान वासान पता		pothnaballi town biddenur taluk, disttka Bellapura District Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई स्थान वासान पता				
OCCUPATION : पेशी	Home maker			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल सालीक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष प्रमाण)			
PAN No. स्थाई स्थान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार कीवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	mylarappa	69	M	husband
②	manjushtha	25	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card/Copy) परिवहन रोज़ा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सादर	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्डिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RE catarract LE cataract			
Surgery:- RE cat Brachio-oculoplasty REcataract surgery LEcataract surgery				
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED स्वीकृत सहायता राशि		
①	OBG	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक कृपा घोषणा पाठः

- 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 हूँ कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण परी जन्मानी के अनुसार सच्च एवं यथो हैं। परं, कोई विवरण ऐसे कथन बास्तव पाणी जाता है तो उसे महाप्रश्न नियम की वा लकड़ी है।
  - 2.) मेरे द्वारा कोई सहायता प्राप्त की गयी थी कि विवरण को उपलब्ध कराया जाएगा, जो इस प्रकाश में पाया जाएगा।
  - 3.) मैं युक्त करता हूँ कि विवरण सहायता ही सह प्राप्ति की गई है, उस दौरान का अधिकांश या अक्षम विवरण किसी सम्प्रदान नियमक्रम/कैदीन कम्पनी से न तो लिया है और न ही अधिकांश में भी है।

**AGREEMENT by APPLICANT (申請者 訂立)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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.

- इस प्रपत तक आपने हालांकार या अंगठे की जाप लगाकर, मैं (जलवेद) अर्द्धे महमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कांतिका फाइंडेन और उसके न्यासीनों" को गणित करता हूँ कि ये वह वाप, वाता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत में खोया है, उसे "कौशिका" एवं न्यासी, दाता, वाचकाचा दूसरे उद्देश्य से बुझी गतिविधियों द्वारा उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार वापाम से प्राप्तीत करने के लिए अधिकृत है; ये प्रपत का विवरण ये इतावत के यहते या वार में करने के लिए "कौशिका फाइंडेन" व न्यासी अधिकृत है:
  - मैं (जलवेद) इस बत में माहमत हूँ कि ये वाप, वाता, फोटो और विवरण ये कि सहायता के उद्देश्यों से ग्राहित हैं युक्त भवतः सहायता का इकायत नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कौशिका" इसम उसके गतिविधियों का नियंत्रण अधिकृत और वाचकाची होगा;

ARMED CANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

www.sohu.com



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पित द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) 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.

इन्हें अधिकृत हस्तांकी की ओर से मामलें दीरी को "कानूनीका कार्यविवरण" से विलिप्त महायज्ञ हुए गिरावटी की जाती है, जिसे इन (एमपीएल) बिल प्रकाश से बदल दिया गया था।

- 1) यह कि व ही कांचन और न ही धर्मिय महात्मा किसी गैर साक्षात् गंभीर या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐसी/यामलों में सोचे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कांशिका फाटन्हेशन" से विभागीय/विभिन्न उक्त के सम्बन्ध में "कांशिका फाटन्हेशन" द्वारा मध्य होता है। यदि "कांशिका फाटन्हेशन" द्वारा महापक्ष विभिन्न लालिका/वाक्ता हेतु भव्यत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साक्षात् गंभीर या किसी अन्य घटनाभूमि से महात्मा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में मध्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मध्य उक्त ऐसी/यामलों से बहुत दूरी पर्याप्त है।

२. "कलिकाता फाटन्डेशन" ये स्टीर्ड महापाल कोवेट वित्तीय प्रबुत्ति को है; रोगी पर इम्प्रेसल द्वारा भी गई मालाह या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हमसफाल के बोध वा विषय है और "कलिकाता फाटन्डेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई वज़ाव नहीं है। हमसफाल में योगी के इत्तम सुधार और अद्वे जाने की सभी क्रियाएँ योगी एवं हमसफाल योगी और "कलिकाता" को कोई स्थिका या विमर्शदारी इन घासों में नहीं होगी।

*L. S.*

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Mysore.  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

Date of Surgery बोंपारेश्वर की तारीख	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS, MS, FPKS, FICO</b> Consultant of <b>Ophthalmology &amp; Refractive Surgery</b> KMC नं. 90244 दंड. 3	Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust) # 16/4, Thimmaiah Road, Miller Town (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम. १६/४ थिम्माईय रोड, मिलर टाउन
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION जनताकीक उपर्योग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नानाी रामकृष्ण ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
स्वाक्षरी हस्ताक्षर 2

Safary

Eric B