

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N/1021/1254	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/10/21	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Jaleena	AGE-YEARS वय-वर्ष:	42	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी वा चाहे	w/o Ghous peer	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान अस्थाय पाला		D. kalkerecotl road, kalkere Tumkur Tumkore		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अस्थायी पाला		— Same as above —		
OCCUPATION: अवस्था	Un Employed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साल संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	—	Yes / No हाँ / नहीं ✓		
PAN No. अपाई शब्द संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप अय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)		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 का साथ सम्बन्ध
①	Mohammed Ghos peer	45	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाई आधार				
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के नामे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत जीत संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संतान करें)	Any Other Bank/Proof अन्य कार्ड सापेक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से नारी की गई प्रतिवेदन सूची संतान			
①	Diagnosis	RE - cataract LG - Cataract		
②	Surgery	RE - cataract + pcatot		
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 सी गई सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा परः

- 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 दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार मात्र एवं यही है। यदि योर्स विवरण इस कारण अलग एवं बदला है तो यही महामात्र निम्न लिखी जा सकती है।
- 2.) मैं द्वारा जीवन की "जीविका फाउंडेशन", से सीधे कर्ता हूं, उसका उपलेख उसी उपर्युक्त की गूढ़ी के दिये विवरण जारी, जो इस प्रकार में आ रहा है।
- 3.) मैं पूर्ण रूप से दिये गयाएँ हेतु यह आवेदन की गई है, उस रूप से जीविका या जीवन इवल निम्नलिखित कम्पनी में न हो जिसके लिए न ही भविष्य में हैं।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/pull-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 का अन्य इसलाल या अंगठी को लाप साधक, नीं (जीविका) अपनी महामात्र की गूढ़ी करता हूं परं "जीविका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जीविका और यह विवरण इस प्रचरण में दीखता है, जैसे "जीविका" प्राप्ति, दान, जीवनका दूसरे बहुत रूपों में जुही निर्दिष्टियों और उपलब्धियों को दिये जाते ही प्रसार साधन से प्राप्ति। यह अप्राप्ति कारण से नियम नहीं है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इसलाल के पास या बाहर में करने के लिए "जीविका फाउंडेशन" पर नामीय अधिकृत है।
- 2.) मैं (जीविका) इस कार्य से गहराया हूं कि यह नाम, जीविका और विवरण जो कि गहराया के उद्देश्यों में दीखता है जुही नाम; गहराया का हक्कारा नहीं बताता। इस साथ ही "जीविका" प्राप्ति उसके नामीयों का नियम अंतिम और कामकाजी होता।

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

जीविका को इसलाल या अंगठी का नियम

**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.

इस अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यात्री/एवं को "जीविका फाउंडेशन" के विवरण जीवनका संगु नियमीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) दिया जाता है जबकि यह नामीय करते हैं।

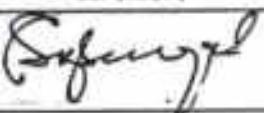
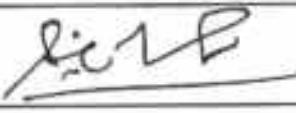
- 1.) यह कि न हो यांत्रिक और न ही भविष्य में विवरण जीवनका नियमीय अन्य रूपों में दीखता या ली जाए है, वैसे कि हमने "जीविका फाउंडेशन" में नियमीय/विवरणीय उक्त के साथ ही "जीविका फाउंडेशन" द्वारा नदर हेतु किया है। यदि "जीविका फाउंडेशन" द्वारा जीवनका विवरण नियमीय/विवरणीय उक्त के साथ ही "जीविका फाउंडेशन" में दीखता हो तो अपनाया जाना और जीवनका नियमीय या विवरण जीवनका संस्थान से जीवनका दीर्घ समय तक जीविका द्वारा दीखता होना चाहिए। इस गूढ़ी में स्वास्थ्य का दावा नहीं होता है कि जीवनका दीर्घ समय तक जीविका द्वारा दीखता होना चाहिए।

- 2.) "जीविका फाउंडेशन" में सीधे गई जीवनका नियमीय प्रदर्शन की है। योगी यह हस्ताक्षर द्वारा दी गई जीवनका या जीवनका दीर्घ समय तक जीविका द्वारा दीखता होना चाहिए और "जीविका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इससे जीवनका में सीधे या इसके सुधारा और अन्य जाने की गाँवाएँ दीर्घ समय की होनी और "जीविका" की कोई पूर्विका या विवरणीय इस प्रचरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संमति**

Date of Surgery जीविका की डायरी  11/10/21	Dr. Rakesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetics & Eye Care (Name of Dr. & Rego. No. with Stamp) त्रिवेंद्र बी. एन. डी. एस. एस. एन. नं.	Mr. Lakshminath N Manager Outreach (Name of Manager, GPO Stamp or Authorised Signatory (A unit of Shrawan Eye Care Foundation) # 18/M, Thimmapura, Road, Mysore, Karnataka, India
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जीविका उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 जीवनका हस्ताक्षर ।  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जीवनका हस्ताक्षर 2  
---	--