

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of the

APPLICATION No.: N/1022/1328

APPLICATION DATE: 19/10/22

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम:

Bette Gowda

AGE-YEARS	55	SEX	M
-----------	----	-----	---

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

w/o Kempaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता  
No E 531, 23, 12th Cross, Tikkamadi, T.S.K 3rd  
Stage, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION:  
पद्धतिगत

Cookie

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

28,000/-

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

PAN No. नामी नम्रता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मम आय वार्ता कर रहा है (जो कानून ही उम्र पर मात्र का नियमन लगाते)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिह्नित व्यवधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ा के लिए प्रयोग पर (प्रमाण पत्र की सही प्रति संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च अव वर्ग प्रयोग पर (प्रमाण पत्र की सही प्रति संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता पात्र (प्रमाण पत्र की सही प्रति संलग्न को)	Any Other Proof अन्य कार्ड साथ
--	--	--	--------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नी का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनन विवर/ट्रीक्सर से जारी की गई प्रतीक्षित सूची संलग्न
1) Diagnostic	RE Cataract LE Cataract
2) Surgery	RE Cataract + Prol.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए 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 दी गई सहायता कीमत
1) DBCS		2000/-

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

- 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 अपील करता हूँ कि इस प्रकार दिये गये सभी विवरण और जानकारी के अनुचित रूप या गलत हैं। यदि कोई विवरण एवं जानकारी गलत है तो मैं उसका विवरण की जा सकती है।
- 5) मैं इस जीवन की लिये गयी जानकारी के अनुचित रूप या गलत है। यदि कोई विवरण एवं जानकारी गलत है तो मैं उसका विवरण की जा सकती है।
- 6) मैं पुराने कारण से इस प्रकार मैं यह जानकारी नहीं हूँ, उसका उल्लेख उसी बाबत की गुरुत्व के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार मैं भय लेता है।

**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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्राप्त या अन्तर्निहाय रूप अनुचित या गलत जानकारी, जो (आवेदक) अपने साथ भी पुराने कारण से इसके नामांकने के लिये जानकारी देते हैं, उसे "जानकारी" एवं नाम, एवं जानकारी के लिये उल्लेख में शुद्धी गतिविधियां या उपलब्धियां वह विवरण की जानकारी या विवरण की जानकारी है।
- 4) मैं (आवेदक) इस जीवन की लिये गया जानकारी को जानकारी के लिये उल्लेख में शुद्धी द्वारा या बाद में करने के लिये "जानकारी कारबोरोन" या नामांकने की अपील है।

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

अधिकारी के नामांकन के लिये जानकारी का विवरण

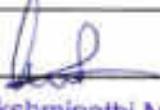
**AGREEMENT by HOSPITAL (इम्प्रेस द्वारा कराया)**

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.
- 3) यहां अपील, अनुचित या गलत जानकारी को "जानकारी कारबोरोन" से विवरण जानकारी है, जिसे हम (इम्प्रेस) विवरण कार्य से जानकारी की जाती है।
- 4) यह कि मैं यह साथीय विवरण जानकारी की साथीय संस्थान या किसी अन्य संस्थान से इसके द्वारा देखा गया है। यह "जानकारी कारबोरोन" से विवरणित कियी जाने के अन्य साथीय विवरण की जानकारी है। यह जानकारी विवरण विवरण की जानकारी के लिये उल्लेख में शुद्धी द्वारा या बाद में करने के लिये "जानकारी कारबोरोन" द्वारा देखा गया है। यह पुराने कारण से इसका उल्लेख नहीं है। इस पुराने कारण से इसका उल्लेख नहीं है। इस पुराने कारण से इसका उल्लेख नहीं है। इस पुराने कारण से इसका उल्लेख नहीं है।
- 5) "जानकारी कारबोरोन" से लिये गये जानकारी की जानकारी को जानकारी की जानकारी के लिये उल्लेख में शुद्धी द्वारा या बाद में करने के लिये "जानकारी कारबोरोन" द्वारा देखा गया है। यह किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। इसीलिये इसका उल्लेख नहीं है। यह किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। यह किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। यह किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है।

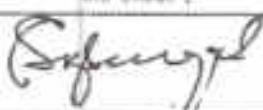
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
कार्यकारी के लिये संमति

  
**Dr. Nagesh BN**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shri Ram Sehgal Foundation)  
Reg. No. DR/SEH/CE/2011/234567  
Date: 19/10/2022

  
**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shri Ram Sehgal Foundation Trust)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Bangalore, Karnataka, India  
PIN Code: 560034

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

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी इम्प्रेस |



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नामी इम्प्रेस 2

