

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवागत)	Koshika Foundation Building block of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	N/1022/1333	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	20/10/22
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Dishaiah	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/जीवित का नाम:	S/O Bellavah	SEX लिंग:	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीन मालामाल चौक Gundlupete Taluk Belandi Hundiipura Chamrajnagar district Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान मालामाल चौक Same as above	
OCCUPATION: बाधकारी:	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का स्थायी संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वयः	₹2,000/-	Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	
PAN No. एपीएन संख्या:		FAMILY DETAILS परिवार विवरण	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आप जरुर वाक हैं (जो आपने ही अपनी सही का निश्चल लगाये)			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
1	Dishaiah	30	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये मिलते आगे:			
BPL Card (Attach Card Copy) परिवार रेत के नीचे इसारा दिया जाए (इसारा दिया जाए तो यह संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल वाध की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरों का उल्लेख:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्राप्तिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis	RF - Cataract LE - Cataract	
2	Surgery	RF - Cataract + PCOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उल्लेख 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 हेतु की सहायता संग्रह	
1	DISCS	₹1,000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** અર્થાત દ્વારા ખર્ચના બાબત:

- 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 Kashika 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 यहां परामर्श देता हूँ कि इस आवाद में दिए गए सभी विवरण ऐसे हों जो मुझका सम्बन्ध संही है। यदि कोई विवाह संबंध वाला आवाद या वासा है तो उसे भी राष्ट्रीय विवाह वाले जा सकती है।

2) यो द्वारा दिए सहायता की "कार्यशक्ति कार्यविनाशन", से कोई जा रही है, उसका उपरोक्त उसी उद्देश्य की गुरुत्व के लिए विवाह वालों, जो इस प्रकार में जा रहा है।

3) मैं एक वक्ता हूँ कि यह विवाह वाले जाएंगे जो यहां की गयी है, उस विवाह का विवाहिक वा वालक विवाह विवाहिक वाली में जो तो दिया है और वही विवाह में जुटेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (see box right)

- 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.

- १) इस प्रकार पर अपने हमायत के गंगों की प्राप्त लकड़ा, में (ज्ञानेक) अपनी समर्पित थी पुष्टि करता है एवं "कौशिक वार्डेन्स" और उसके "न्यासीर्स" को अधिकृत करता है कि ऐसे काम, पक्ष, कांटे वैदि की विवरण इस प्रकार में दर्शित है, इसे "कौशिक" वार्ड-लकड़ी, लाल, बालन-वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधिपर्व जो उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्राप्त साधारण ये उपलब्ध कराने के लिये अधिकृत है। यह प्रथा का विवरण में इसका केंद्र पहले या बाद-में करने के लिये "कौशिक वार्डेन्स" व न्यासीर्स अधिकृत है।
  - २) पैर (ज्ञानेक) इस बात में महत्व है कि मंदा चार, पक्ष, पांच और चिवाय जो कि महायात्रा के उद्देश्यों से प्रभावित हैं जुड़ी लकड़ा, महायात्रा का इकादश नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "न्यासीर्स" वार्ड-लकड़ी का विवरण दर्शित किया जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION

APPENDIX B SIGNATURE OR LETTER



AGREEMENT BY HOSPITAL (see page 30)

By affixing her/his/her signature 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 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.

इसी अधिकार उत्तमता की ओर से प्रयत्न-प्रयोग "कांगड़ा लाइवेस्ट" से विभिन्न ग्राम्य संघ विद्यमान की ओर से विशेष विवरण (एकाधिक) विश्वास से सुना कर सकता है।

- ।) यह कि र से साधारण और उ ही पर्याप्त में विस्तृत सामग्री किसी गैर साक्षाती संस्कार या किसी अन्य सोशल से उत्तम गैर-सामग्री में लेने जा से रहे हैं, जैसे कि हवाये "कौशिका फाइबरेशन" में विस्तृत विविध उत्तम के सामग्री में "कौशिका फाइबरेशन" द्वारा मध्य रहे थे हैं। यदि "कौशिका फाइबरेशन" द्वारा सामग्री विविध विविध सामग्री है तो सम्भवतः किसी अन्य गैर साक्षाती संस्कार या किसी अन्य सामग्री से सामाजिक तंत्रों का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुस्तक में स्वतंत्र काल जाता है कि अमरात्मा द्वितीय मध्य उत्तम गैर-सामग्री है कि सम्भवतः संभव या किसी अन्य सामग्री से नहीं हो सकती है।



के बीच का विषय है और "कालिका काठन्देश्वर" द्वारा किसी प्रकार का बोर्ड नहीं है। इसलिए हमलत में सेही के हात मुक्त और अपने जाने की सही जिम्मेदारी योगी वर्ग हमलत को हाती और "कालिका" की कोई भविष्यत या विस्मयस्थी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम की तारीख	<b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent Comes, Cataract & Refractive Surgeon Institute of Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust) KMC Reg. No - 81123	<b>Mr. Lakshmipathi N</b> Manager Outreach (Name for Digital Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shradha Eye Hospital Trust) # 18/M, Thimmapur Road, Mysore, Karnataka 570001
-----------------------------------	---	--

IMC Reg No - 81123  
FOR INTERNAL USE AT KOENIGS FOUNDATION

प्राचीन भारतीय

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRU  
त्रुटी संस्कार

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Digitized by srujanika@gmail.com

*Safarjel*

*See 1B*