APPLICATION No.:	Ciana	41	APPLICATION DATE	218124	foundation suiding block of life.
आवेदक का तथ FATHER'S/SPOUSE'S N शिता/कटुम्प का नाम	Ciana	41		SIT-THE SEV Side	
भिता/कटुम्भ का नाम मा-८२८/छो हिन्त		augus	61		-
4 AV216.1 BUSQUIX A	#th m	Slo Vega	019	m	
BUSQUES )		PRESENT RESIDENCE ADDRE	\$\$ वर्तमान आक्षामीय प	abath.	<b>S</b>
	NOTOPI	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	८८ ५०० । इ. स्थाई आवासीय पत	× analay	
			1-		anual Posts
OCCUPATION:	une	polaud		MARRIED (Regiller)	/ UNMARRIED (STRUCTOR)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आव	E;	- in the second		(Attach Proof of Inc	come)
PAN No. TRIE TERRIT HER RE YOU AN INCOME TO	AX ASSESSEE (	lick whichever is applicable):	Yes / N	do —	
या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उस	म्य सही का निशान लगाये।	AMILY DETAILS परित्र	পরী	
Sr. No. क्रम सहस्र	Nar	ne of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
(1)		बर के सदस्यों का नाम शे.टिंक्स कर व	अम् (वर्ष)	Sein .	आवेशक के साथ सम्बंध
(3)	Ananda		170	m	97171
(9)	ma	rici	9577	0	CAY
		J -			
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick which	pover is applicable)	
BPL Qard		सहायता के लिये किनरि	अपूर		
697. (Jard (Attach ⊈ard Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पद (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्प अप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आध्य प्रति मोतान व	(A)	ation Card ttach Copyl भोभता कोई ते छात्रा प्रति संलम्न को।	Any Other Besig/Proof अन्य कोई साह्य
			REQUESTING ASSIST		<del></del>
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-बॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
(0)	Diagnosis RE cut asalt				
		LC	ausosal	/	
				and import	10
a - V (**)	omse	W - KECT	1 20174	MINE ME	
		0- 1-	1200	OR THE STATE	
		ASSISTANCE BEING AVAILED ! इस उप्टेश्य के हेत् कोई अन	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
301 11091	DB ()			~2000 F	गई सहायता एसी
0				JUCILIE.	

## DECLARATION by APPLICANT: SURVE DRI HTTP 19:

- 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 solamnly 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.
- मैं थोषणा करता है कि इस प्रकल में दिन गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। चरि कोई विवरण एवं कथर असला पाया जाता है तो मेरी स्वाप्त्य निरम्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महाकत गति "कोशिका फारन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि विस सतापता तेतु यह प्रार्थन की गई है, इस स्तित का आतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोद्यनियोजक बीमा कम्पनी से न तो तिन्य है और न ही पविष्य में लिए।

## AGREEMENT by APPLICANT (spice grt wort)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रयत्न पर अपने हस्तक्षर या अंगते की छाप समाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउँदेशन और दसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येग नाम, यह, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यती, दान, सथनान्य दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधिमों जोर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम ये इसरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाब के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि येत नाम, फत, फोटो और निकरण जो कि सतामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सतामता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसकं न्यसियों का निर्णय अतिथ और बाचकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

## AGREEMENT by HOSPITAL (YEARTH DIT WOLL)

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 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
- हमारे ऑपकृत, हस्ताक्षरी की और से पापलेशोगी को "कोशिका काउन्देशन" से विशिष सहापता हेतु निकारिश की जाती है, जिसे हम (हरपतात) निम्न प्रकार में मान्य म स्वीकार काले हैं। 1) वह कि न ते वर्तमान और न वो परिषय में वितिय सवायता कियों पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका पाउन्देशन" से सिकारिक/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा संदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनीत अशिक/सम्बन्ध हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल कियों अन्य नै। सरकारे संस्था या कियों अन्य सन्याधन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षण है। इस पुष्टि में स्नय्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पर्र उका रोपी/पामले हेंद्र किसी
- गैर सरकारी संस्थ या किसी अन्य साधन से नहीं सेग्य/संगी। 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में भी गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की 🕯। रोगी यर डम्पतल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हम्पताल के बीच का विशव है और "बोशिका जाइ-देशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दखन नहीं है। इसलिये हस्माल में रोगी के इलाज मुख्या और अर्थ जाने की सारी विद्रुवेदारी रोगी/एमं, हस्पनाल

की होती और "बॉरिका" को कोई धृमिका या जिम्मेदारी इस यागले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तृति Dr. Laxini Dorennavar

MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phace & Refractive

(Name कर्ट श्री बता कर प्रशीक Stamp) डाक्टर कर नाम थ इस्ताक्षर थ रवि. न

ach

6 & Eye Care (A unit of Shacona Eye Care Trus.)

# 16/M, Thirmmaiah Road, Miller Tank Bed Appl (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital) नाम व पर हरपताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी इस्तासर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

11-04-2024

**Date of Surgery**