APPL		ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Healt (स्वास्थ्य	hcare) देखपाल)	Koshika
APPLICATION No. :	3/08		APPLICATION DATE	0/8/24	Building block of life.
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS IN	Market Land Barrell	
sinder at the Magandraleumar			00	0)	Same and the
ATHER'S/SPOUSE'S N	IAME :	Slo verai	Pa		
nuthara	there	PRESENT RESIDENCE ADORESS	क्ष्मान ओवासीय पर Bang		PP
Kunah	aky,	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्याई अञ्चासीय पता		4 (0.0)
				_	1343 Magan
CCUPATION:	100	1150		MASSIED (Bur	31343 Magan
यवसाय OTAL ANNUAL INCOM हुल चार्षिक आय	E: 19	1001-		(Attach Proof o	f Income)
AN No. स्थाई खाता ग्रंड					
य आप आय कर दाता है	(जो सान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / N	61	
Sr. No.			MLY DETAILS परिवार	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	
जर संख्या	प	ame of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender fleft	Relation with Applicant आवेदन के माथ सम्बध
_					
				-	
		BASIS for REQUESTING ASSI	STANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card		सहरवता के लिये विनति ।			T
(Attach Card Copy) (A गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साध्य प्रति संस्पन करें।	Partico Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड ले। (प्रमाण का की छात्रा प्रति संलय करे।		Any.Other 9dsis/Proof अन्य कोई साक्य
			EQUESTING ASSIST में गर्म विनती का उन्हें		
Sr. No.			fical Reports/Prescr	Maria .	
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					9 0
- 0	Diagnosis Ri-catoract				
	ME CONTORAL				
- 10	ling engi RE at TO CERT HOUSE IN				
	() 31 Contraction Street				
			177	000 AP 514	Consulta
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्त	SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य स	from OTHER SOURCE	ES
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	0	अन्य स्थोत का नाम		ODOO	ले गई सहामता राशी
- 0	- 14	3		and the	

DECLARATION by APPLICANT: अपनेएक द्वारा चौपणा पत्र:

- 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.
- I scientify 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.
- 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) में भोषणा करता है कि इस प्रारूप से दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। मदि कोई विकाण एवं कामन समान पाया जाता है तो मेरी सहापता निसन्द की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायत एति "क्षोतिका काराजेशन", में तरे जा जो है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यम, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होटू यह प्रार्थना की गई है, उस शांति का आंतिक या सकता हिस्सा किसी अन्य छोत। नियोजक/बीमा, कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में श्रीय।

AGREEMENT by APPLICANT (MINOR DIS WIR)

- 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/schievements. 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंग्रेट की छाप लायकर, में (आवेदक) अपनी सहयोर को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, प्रता, फोटी और वो विकास इस प्रया में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याकी, एन, व्यवनान्या दूसरे उद्देश्य में बुढी गॉटिविवियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार माध्यय में प्रमाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयान का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में कारी के लिए "कोशिका माउडेंगन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से महमत हैं कि मेरा नम, पता, फोटो और विवास को कि सतायत को उद्देश्यों से प्राचित है मुझे ल्या: सहायत का तकरार नहीं बनातः इस सम्बंध में "बोरिशका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्मय और बस्माकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andra si storut a. Angl St. (1886)

AGREEMENT by HOSPITAL (ENRIN DID WOR)

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.

in the maller.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्ष्ये को ओर से न्यान्ते-पोणी को "कोशिका फाउन्देशन" से जितिय महाबता हेंद्र सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकात करते हैं।

1) यह कि न तो वर्गमान और न ही चर्जिया में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी सोम्यान या किसी अन्य नवीत से उक्त ऐन्देश्यायतों में लेगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश वित्त जाता के से सम्मान के सिकारिश विश्व के सम्मान होता पर्यं कोशिका कार्य-वेशन" इस सहायता विनित्त जाता के को अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षत रखता है। इस पृथ्धि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उकत रोगो/मामले हेत् किसी कर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग लेगे।।

2. "कॉशिका काउन्तेशर" से ली गां सहायत क्रेयल जितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पाल द्वार में गां सलाव चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हामताल के बीच का विश्वय है और "क्रोशिका फाउन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रचाय नहीं है। इसलिये इस्पाल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी क्रिमेदारी ऐस्के एवं इस्पालल को होगी और "क्रोशिका" की कोई भूमिका चा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery अपिरंशन को तारीख Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FPRS, FICC Consultant LIPPEden & Refr Stample KERCENT, STRING WITH A 7. Manager Outreach
Institute for Disabetes & Eye Care.
(A unit of Shraddha Eye Care Trus.)
16/M, Thirnmaiah Road, Miller Tax Sact No.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Mr. Lakshmipathi N

on behalf of Hospital) नम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1

deurel

eit ?