

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

N | 1021 | 1424

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

29 | 10 | 21

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Savithamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
आवेदन तिथि

63

SEX लिंग

F.

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

Shankrappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय जगतः

C-140, Kotanaikanahalli

Tiptur.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय जगतः

Same as above.

OCCUPATION: Coolie.

MARRIED (गिरिधिल) / UNMARRIED (जलियालिं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष चेतावन)

N/A

PAN No. स्थाई ग्राहा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
आय आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर जरूरी का नियान लगाये)

Yes No
हाँ / नहीं

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 के साथ सम्बंध
①	Shankrappa	72	M	Husband -
②	K S Chandru Shekar	40	M	Son
③	Shreetha H V	31	F	Daughter-In-Law
④	Shruthi KC	12	F	Grand Daughter -
⑤	Tejaswini KC	9	F	Grand Daughter -
⑥	Dushyant KC	3	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष
मर्टिकी रेता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	मर्टिकी रेता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
①	Diagnosis - RE-Cattract LE-Cattract	
②	Surgery LE-Cattract + PCPOL	

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 की गई सहायता राशी
①	DRCS	2,000/-



pre op post op
1424 Savithamma

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा पूछता प्रश्न:

- 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 पूछता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसे बहुतायी के बहुतायी समय पर्याप्त हैं। यदि, कोई विवाह एवं काम अस्ति यापन करता है तो ऐसे बहुतायी जिसके की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा की सहायता की "कोरिका फाउंडेशन", मेरी कार्यकारी वर्गीकरण की गृहीत के लिये विवाह जारी, जो इस प्राप्ति में यापन करता है।
- 3) मैं पूर्ण काम हूं कि विवाह सहायता है यह प्राप्ति की गई है, उस तरीके का नियमित एवं नियंत्रित करने की जीवन की जीवन में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अधिकारी का काम)

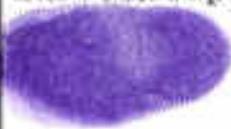
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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.

- 1) इस प्राप्ति पर जारी हमायत का अधिकारी की जारी सहायता, जो (अधिकारी) आवास सहायता को पूर्ण करता है एवं "कोरिका फाउंडेशन और उसके नामांकनों" को अधिकृत करता है कि ये नाम, जात, जोड़ी और पोंग विवाह इस प्राप्ति में पौष्टिक है, उसे "कोरिका" एवं ज्ञानी, धर्म, साक्षात्/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विवाही भी यापन यापन गंभीरता करते हैं। ये उपर जारी विवाह योंगे हमायत के गहरे या बाहर में करने के लिए "कोरिका फाउंडेशन" व ज्ञानी अधिकृत है।
- 2) मैं (अधिकारी) इस बात से सहायता है कि योग्य नाम, जात, जोड़ी और विवाह को कि सहायता को उद्दीर्णर्थ से प्राप्ति है जुहो स्वतः; सहायता का इच्छाकारी बनता। इस मार्ग पर "कोरिका" एवं उसके नामांकनों का विषय अतिम और बाधकताएँ होती।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारी की हमायत का अधिकृत का नियमन



AGREEMENT by HOSPITAL: (हमायत का काम)

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.

इसकी अधिकृत, हमायती को और मेरी सामर्थ्यों को "कोरिका फाउंडेशन" से विविध सहायता है विवरिती की जाती है, जिसे हम (हमायत) विवर प्रकार से भव्य व सौन्दर्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तित और न ही विषय में विविध सहायता विकीर्ण तथा बहुतायी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उत्तम योग्यताएँ में लिंग या से रहे हैं, जैसे कि हमारी "कोरिका फाउंडेशन" में विविधाधिकारी उमा एवं सामर्थ्य में "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा नहर है कि है। यदि "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा यापना विविध अतिक्रमकार द्वारा नहीं किया जाता है तो सम्मत विकीर्ण तथा बहुतायी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धित संस्थान से सहायता संस्कृत रखता है। इस पूर्ण व स्वतंत्र करा करता है कि सम्मत विकीर्ण यह उत्तम योग्यताएँ हैं जैसी की सामाजिक संस्थान या विविध अन्य सम्बन्धित संस्थान से नहीं लेती हैं।

- 2) "कोरिका फाउंडेशन" में जीव गई सहायता कोकल विविध प्रकृति की है। योगी या हमायत द्वारा या विविध गोपी उत्तराधिकारी का भूमिका इस वर्ष हमायत के बीच का विषय है और "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा विकीर्ण तथा कोई उत्तर नहीं है। इसलिये हमायत में योगी के इकान सुधार और अपने जीवी योगी विविधता देखी एवं हमायत को होगी और "कोरिका" की कोई विषय का विवरणही इस नामांकने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालकी के लिये संस्कृति

Dr. Nagesh B N

Mr. Lakshmipal N

Manager Outreach

(Name) for Diabetes & Eye Care

(Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory

(A unit of Shriram Health Care Network Ltd., a subsidiary of Shriram Group of Companies)

16/M, Thimmisandra, Bengaluru - 560049, India

Date of Surgery

अंतिम तो तारीख

29/10/21

Consultant, Medical Superintendent/
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shriram Health Care Network Ltd., a subsidiary of Shriram Group of Companies)

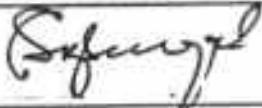
KMC Hospital No. 1000 नामी नं. अंतिम तो तारीख व तारीख न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हमायत 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हमायत 2

