

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of Life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N 10221426	APPLICATION DATE : 26/10/22 आवेदन तिथि:	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Shankar Muthy	AGE - YEARS वय - वर्ष	SEX लिंग 65 M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/जीवन का नाम	Slo Rangaiah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्तमान जागरूक पता Takkanchalli, Kibbanahalli, Tumkur Karnataka - 572114		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जागरूक पता Same as above	
OCCUPATION : अवसर	Coolie	MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	Rs. 10,000/-		
PAN No. : प्राप्ति नंबर संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): मेरा ज्ञान यह है कि मैं उस पर मात्र का निश्चय लगाये।			
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> हाँ / <input type="checkbox"/> नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Shivamma	47	F
			wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित व्यवधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोड़ी के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतुष्ट रहें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतुष्ट रहें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतुष्ट रहें)	Any Other Basis/Proof जबकि कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विचारों का उत्तरण:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिल से आरोग्य की गई आवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis	RE - cataract	
		LF - Cataract	
2	Surgery	LF - Cataract + IOL	
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्तरण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी रूप से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इस गई सहायता की राशि	
1	DBRS	0.00/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** मेरी इस प्रकाशन का

- 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 पात्रता करता हूँ कि इस प्रकार मेरे सभी विकास की जागहानी के सम्बन्ध सभी एवं जाति की तो मेरी जागहानी की जागहानी है।
  - 2) मैं प्राप्त की जागहानी गांधी "जीविका पाठ्य-टंडल", मेरी जागहानी है, उपरांत प्राप्ति की दृष्टि के लिये विकास जागहानी, जो इस प्रकार में पाया गया है।
  - 3) मैं संकेत करता हूँ कि यह जागहानी के प्राप्ति की तरफ है, उस गति का अधिक काम करना जीविका पाठ्य-टंडल कम्पनी से करना चाहिए है और वही भविष्यत में बढ़ेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Sign or Type)

- 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 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.

३) इस प्रकार पर्याप्त संख्या की सहायता से अधिक विवरण देने की ज़मीन बढ़ाव देती है। इसके लिए उपरोक्त विवरण का उपयोग अन्य विवरणों की विश्लेषण के लिए भी उपयोगी है।

2) मैं (वार्षिक) इस वर्ष से लाभान्तर हूँ कि योग उत्तर प्रांती और विदेश जैसे जिसका उद्देश्य है अपनी व्यापार का विवाह वाली कलाई। इस सम्बन्ध में "कोर्टिना" वर्ष, उत्तर प्रांती का विदेशी व्यापारी और व्यापकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा ने उसका यह अनुभव किया



AGREEMENT by HOSPITAL (Printed and Signed)

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 matter.

हमारे जीवनका इसलिए होता है कि "जीवित प्राप्तिकरण" से विभिन्न व्यापक होने विवरित की जाती है। विभेद इन (व्यापक) विषय प्रकार से मानव जीवनका बहुत ही

- 1) यह कि न ही चर्तृभाषण और न ही भविष्य में विजित सहायता किसी ऐसे साकारी संभवत या किसी अन्य रूप से उक्त दोनों समाजों में संग्रे या से रहे हैं। वैसे कि हमने "कांशिका काउन्डेलन" में विजारिएट्विट्ट उक्त के सम्बन्ध में "कांशिका काउन्डेल" इतना महत हुआ कि है। यदि "कांशिका काउन्डेल" इष्ट सहायता किसी व्यक्तिके स्वतंत्रता हुए मन्त्रों यही किया जाता है तो अस्पृशत किसी अन्य ऐसे साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धमें सहायता नहीं का अधिकार भूलिया रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पृशत हितोंपर महत उक्त दोनों समाजों हुए किये गये साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध में वही लोगोंके हैं।

२. "कार्यपाल विभाग-संस्थाएँ" में भी यह समाजसेवा कार्यालय विभाग प्रकारी होती है। यदि यह समाजसेवा कार्यालय विभाग के अन्तर्गत विभिन्न समाजसेवा कार्यपाल विभागों का उचित संग्रहीत विभाग होता है।

वह विषय का विवर है कि "आधिकारिक प्राचीनतम्" द्वारा कियी जानकारी का कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिये इन्स्पेक्टर में योगी के लकड़क सुझाव और अपने जनने को लाती विवरणों में योगी एवं इन्स्पेक्टर की योगी वो "अधिकारिक" को कहते विवरण का विवरण है जो उपरान्त में भी आयी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Narensh BN

**Date of Surgery**

20110722

Dr. Nagesh B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes, & Eye Care  
(A Blinded Eye Research Institute)

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager, Ophthalmic  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
Institute for Cataract & Eye Care  
on behalf of Hospital  
(A unit of Shroff's Eye Care Trust)  
TEAM THREE EYE CARE CENTRE, Jayanagar, Bangalore

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION

संग्रहीत दिनांक

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

四百一十五

Schwarz

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संग्रहीत दिनांक २३

line