

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवापाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : N/021/1450

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 29/10/21

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: Nagaraju

AGE-YEARS: आयु-वर्ष: 65
SEX: लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जिता/काकुली का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासान आवासीय पता:
Edenballi Halepalya post Tiptur Taluk
Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थाई आवासीय पता

- Same as above -



Pre op Post op
1450 Nagaraju

OCCUPATION:
अवसान: Coolie

MARRIED (मिश्र) / UNMARRIED (अमिश्र)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: 20000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आइट कर याते हैं? (जो मान्य हो उस पर माही का विशेष लगता)

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 सम्बन्ध
①	Yathra dhama	60	F	wife
②	Maveen	30	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य काहि साक्ष
गोरी रेता के जीवन प्रभाग पत्र (प्रभाग पत्र की साक्ष प्रति संलग्न करो)	अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन गृहीत चालान (प्रभाग पत्र की साक्ष प्रति संलग्न करो)	उपचार कार्ड (प्रभाग पत्र की साक्ष प्रति संलग्न करो)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये जाने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन गृहीत चालान
①	Diagnosis RC - pcatol LE - cataract
②	Surgery LE - cataract + pcatol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: नीचेका द्वारा संकेतित करें।

- 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 खोल करता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण मेरी जासूसी की जासूसी नाम एवं संहीन हैं। यदि कोई विवरण ऐसे करना जासूसी नाम बताता है तो, ये सभी जासूसी जिसमें कोई अप्राप्ति नहीं हो सकती है।
- 2) ये द्वारा को जासूसी की "जासूसी जागरूकता", से भी जो चीज़ है, उसका उपर्योग यही प्रयोग की जूही हो सकता है जो इस प्राप्ति में प्रयोग हो जाए।
- 3) मैं पुरुष करता हूँ कि ये जासूसी हेतु कोई गार्ही है, तब योगी का अधिकार या वाकत विषय नियमोंवाली वाक्यांशी में न हो रित हो और वही विषय में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (अवधेक द्वारा कराय)

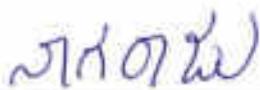
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 प्राप्ति पर आमने-झांसी की ओर करता हूँ कि (अवधेक) अपनी जासूसी की जुही प्राप्ति काला हूँ एवं "जासूसी जागरूकता और उपर्योग" को अधिकृत काला हूँ कि यो जाप, जापा, जापें और जो विवरण इस प्राप्ति में पर्याप्त है, उसे "जासूसी" एवं जाप, जापाएवं जापें उपर्योग से जुही गार्हीजासूसी और जापार्योग्यों से जिसे फिसों वी प्रसार नाम्यम् से प्रसिद्ध करने वे लिए अधिकृत हैं। यो प्राप्ति या विवरण मेरी इच्छा के जहां पर जाप एवं जापाएवं जापें के उपर्योग से प्रसिद्ध हैं युहू जाप; जासूसी का इकलाया यही जापाना है। इस सम्बन्ध में "जासूसी" एवं उपर्योगीजासूसी का लिंग अलिप्य और जापार्योग्यों होता।
- 2) मैं (अवधेक) इस काल में जासूसी हेतु किसी भी काम, जाप, जापें और विवरण जो कि जासूसी के उपर्योग से प्रसिद्ध हैं युहू जाप; जासूसी का इकलाया यही जापाना है। इस सम्बन्ध में "जासूसी" एवं उपर्योगीजासूसी का लिंग अलिप्य और जापार्योग्यों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवधेक को जासूसी की जासूसी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा कराय)

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.

- हांगू अधिकृत, जासूसी की ओर से जासूसीजासूसी को "जासूसी जागरूकता" से विविध जासूसी हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निम्न प्रकार में जान व स्वीकार जाते हैं।
- 1) यह कि वह सो बहुमान वीरा न ही विषय में विशिष्ट जासूसी विवरण ग्रे जापार्योग्यों संबंधी जाप एवं जापाएवं जापें से उपर्योग से जासूसी को जासूसी जागरूकता के उपर्योग से प्रसिद्ध हैं युहू जाप; जासूसी का इकलाया यही जापाना है। यो युहू में योग जाप काला है कि जासूसी हिंस्रीज नाम, जाप जापें हेतु जिसी ग्रे जापार्योग्यों से जासूसी जापार्योग्यों का जापार्योग्यों की जासूसी जापार्योग्यों का जापार्योग्यों होता है।

- 2) "जासूसी जागरूकता" से की जासूसी जापार्योग्यों की जासूसी है। उन्हें यो जासूसी द्वारा ही जासूसी जापार्योग्यों का जापार्योग्यों वा जापार्योग्यों की जासूसी जापार्योग्यों का जापार्योग्यों होता है। इसलिए हस्पातल ने सोनी जो हतान जुला और जापें जापें जी जासूसी जापार्योग्यों की जासूसी जापार्योग्यों होता है। इस युहू में योग जाप काला है कि जासूसी हिंस्रीज नाम, जाप जापें हेतु जिसी ग्रे जापार्योग्यों से जासूसी जापार्योग्यों का जापार्योग्यों का जापार्योग्यों होता है। इसलिए हस्पातल ने सोनी जो हतान जुला और जापें जापें जी जासूसी जापार्योग्यों की जासूसी जापार्योग्यों होता है।

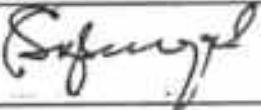
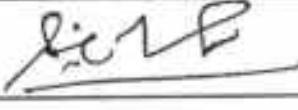
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

जासूसीजासूसी को लिए जान्मतुर्ग

Date of Surgery अंतिम की तारीख 29/10/21	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (A unit of Shreedhila Eye & Skin Trust) KMC Bangalore, Bangalore - 560041 Registration No. ETS/2019/0002	Mr. Lakshmipathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shreedhila Eye & Skin Trust) 110/2, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area, Bangalore - 560034
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनन्दन कृपयाकृति है

SIGNATURE of TRUSTEE 1 जापार्योग्यों 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जापार्योग्यों 2 
--	---