

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	N11122/1453	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	4/11/22	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mallamma	AGE-YEARS: वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी वापर वापर:	w/o chowdappa	SEX: लिंग:	F	
# १६ Mavinkere at post Dabbeghatte Hobli Tumkur Taluk Tumkur Karnataka - 572202		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वापरन वापरमाली वापर PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वापर वापरमाली वापर		
Same as above		Preop 1453	Postop Mallamma	
OCCUPATION: जबरदस्ती:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. स्थाई ग्रहण संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जबरदस्ती का वापर है? (जो कम्पनी द्वारा आप सही का निशान लगाये)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	M. C. Jayakumar	54	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित अधार				
BPL Card (Attach Card Copy) जीविका रेखा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल प्रति संतरन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्दी जीव की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाल प्रति संतरन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्धता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाल प्रति संतरन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई ग्राहक	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गवे विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई को गई अधिकारित सूची संलग्न			
1	Diagnosis	-	RE - PCOL	LE - Cataract
2	Surgery	-	LE - Cataract + PCOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एउटीरीय के हेतु कोई अन्य सहायता दियी अय स्थित में लिए गए है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED दी गई सहायता राशि		
1	DBS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा 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 चेतावनी के अनुसार मैं दिए गए सभी विवरण भौतिक जानकारी के अनुसार सही रूप से दर्शाते हैं और कोई विवरण इस कारण अवास्था पापा का है तो मेरी सहायता नियम की काली है।
- 2) मैं इस सभी सहायता की "कार्रियर प्रारंभिकता", में सीधे जा रहा हूँ, उसका उपर्युक्त उल्लेख की गयी तरह विवरण दिया गया, जो इस प्रारंभ में था यह है।
- 3) मैं युवा काल से दिए गयाहाँ से बहुत ज्ञान की गई हूँ, उम्र दर्ज का अन्तिम काल कहाँसे से पर्याप्त है और वही भविष्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/put/fix/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 प्रारंभ पर अपने हाथापाई का अंगठी की ताप संग्रहक, या (आवेदक) अपने महाभूती की युवा काल से एवं "कार्रियर प्रारंभिकता" को अधिकृत काल से दिए गए काल, पर्याप्त और जीव विवरण इस प्रारंभ में दर्शित है, उसे "कार्रियर" एवं नामी, दान, जानकारी इत्येवं उद्देश्य से दूरी गतिशीलित और उपर्युक्ती की दिलाई दियी जीव प्रारंभ संग्रहण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारंभ का विवरण में इसका को गहने का बाद से करने के लिए "कार्रियर प्रारंभिकता" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में सहायता हूँ जिसे मेरा नाम, नामी, और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युवा सभा, सहायता का इकाया नहीं कहता। इस प्रारंभ में "कार्रियर" एवं उसके नदियों का दिलाई दिया जाता है जो कानकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हाथापाई का अंगठी का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हमस्तान द्वारा कराया)

By affixing hereto/our signature or 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.

हमने अधिकृत, हाथापाई की ओर तो सहायता की "कार्रियर प्रारंभिकता" से दिलाई सहायता है जो दर्शाता है, जिसे हम (हमस्तान) निम्न प्रकार से दर्शयते हैं काली है।

- 1) यह कि न हो संभव और न हो भविष्य में विवरण सहायता दियी जीव जानकारी दीखता तो काल या विवरण सहायता की दूरी दर्शित करने में तो यह तो है, जो एवं "कार्रियर प्रारंभिकता" में विवरणीयतावानी उस को सहायता में "कार्रियर प्रारंभिकता" द्वारा दर्शाया जाता है। यह "कार्रियर प्रारंभिकता" द्वारा सहायता दियी जानकारी काल है जो दूरी दर्शित करता है तो सहायता दियी जाने की सहायता संभव या दिया जाने की सहायता संभव होता है। इस युवा में अन्य काल काल है जो अन्यतर दिलाई प्रारंभ उस को दूरी दर्शित करता है।

- 2) "कार्रियर प्रारंभिकता" में नहीं दर्शिया जाने वाली विवरण प्रश्निया की है। ऐसी जो कालावला द्वारा दूरी दर्शित करने वाली जानकारी दीखता है तो उसका दूरी दर्शित करने वाली जाने वाली विवरण नहीं होता है। इसीलिये हमस्तान ने कोई को इसका दूरी दर्शित करता है तो उसकी विवरण नहीं होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery जानकारी की तरीका	<i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> (Name of Dr. B. Dorennavar with Stamp) MBBS/M.S./F.R.C.S./F.I.C.O. Consultant - Phaco & Refractive	<i>Lakshmipathi N.</i> Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) # 16/M, Thimmeshwari Layout, 1st Main Road, Bengaluru 560034, India नम्र. 16/M, थिम्मेश्वरी लैटर, 1 <sup>st</sup> मैन रोड, बैंगलोरु 560034, भारत
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर	FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर