

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building Block of Life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <b>B1098411490</b>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <b>17/09/2024</b>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <b>66</b>	SEX लिंग : <b>F.</b>
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : <b>Krishnamma</b>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम : <b>W/o munipappa</b>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान वासस्थान पत्ता <b>Kodu Sonnenahalli Hungenahalli Kolar</b>			
District - Karnataka	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जागहस्थान पत्ता <b>→ → →</b>		
OCCUPATION : पेशी : <b>Home maker</b>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आवेदक का साध्य सम्बन्ध)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक व्यय : <b>₹0,000/-</b>			
PAN No., स्थाई खाता संख्या :			
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आग कर दता है (जो नाम हो उस पर जहाँ का निशान 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
<b>1</b>	<b>Ravi</b>	<b>28</b>	<b>M</b>
			<b>Son</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की लौंगे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत इसी संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लहू आवास वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत इसी संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उत्पादांक वार्ड (प्रमाण पत्र की लागत इसी संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा रिपोर्ट संलग्न		
<b>1</b>	<b>Diagnosis</b> <b>RF cataract-</b> <b>LE cataract-</b>		
<b>2</b>	<b>Surgery</b> <b>LE cataract + PC IOL</b>		
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 लोग हेतु सहायता एवं	
<b>1</b>	<b>DBCS</b>	<b>₹000/-</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** निम्नलिखित कानूनी घोषणा परा:

- 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.
- 4) मैं संकेत करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये मरीच किरण और जलवाही के महामारी के मुद्रण साथ एवं जाति है। मरीच कोई किरण द्वारा काफ़ी अमान्य जाता है तो मरीच महामारी की काफ़ी है।
- 5) मेरी द्वारा जाति "कोशिका चालान्डेशन", मेरी जाति है, उसका प्रणयन उसी दौरें की पूरी के लिये किया जावेंगे, जो इस प्राप्ति में भाग लाए हैं।
- 6) मैं पूरी कानूनी हूँ कि किस महामारी से इस प्राप्ति की गई है, उस तरीके का अतिरिक्त या अतिरिक्त काफ़ा कानूनी जाति है तो किया है और न ही भवित्व में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT (निम्नलिखित कानूनी)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या छोड़े की जाए जागाकर, मैं (निम्नलिखित) अपनी महामारी को पूरी करता हूँ एवं "कोशिका चालान्डेशन" और उसकी जातियों " को अधिकृत करता हूँ कि संकेत करा, यहाँ, छोड़े और जो किरण इस प्राप्ति में भागिता है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, धन, वापरवाता तूसी वर्द्धन से जुड़ी गतिविधियों और उत्तराधिकारों के लिये किसी भी प्रकार वापर्यम या व्युत्पत्ति करने के लिए अधिकृत है। ये इस का किरण भी इसके के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका चालान्डेशन" के जाती अधिकृत है।
- 4) मैं (निम्नलिखित) इस जाति में महामारी हूँ कि मेरा जन, वक्त, छोड़े और किरण जो कि महामारी के उद्दरण्यों से जायिता है मुझे जाता; महामारी का इकाया जाती जाता। इस समर्थन में "कोशिका" द्वारा उसकी जातियों का निर्णय अतिरिक्त और जालवाही होगा।

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

अपनेका हस्ताक्षर का छापूर्ण का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)**

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.

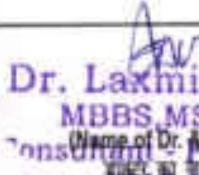
इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी जी अंडे से जालवाहीहोरों को "कोशिका चालान्डेशन" से विविध महामारी से जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) निम्न द्वारा में याकूब व खोल्कर करते हैं।

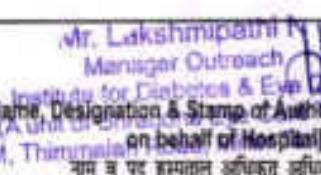
- 1) यह कि वे तो जालवाही और वही भवित्व में विविध जालवाही किसी और साकाही संस्थान या किसी जन्म लेखन से उक्त एवं/एवजले में लौटे या से गए हैं, ऐसे कि इसने "कोशिका चालान्डेशन" में विविधविधिविधि उक्त वे सम्बद्ध ने "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा नहर हैं जैसे कि "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा महामारी विविध जालवाहीकालकाल हैं जैसे जालवाही किसी जन्म और जालवाही संस्था या किसी अन्य सम्बद्धन से महामारी तंत्रों का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में समर्प कहा जाता है कि जन्मलाल द्वितीय यहर जन्म एवं/एवजले हैं जैसे कि जालवाही जन्म जालवाही या किसी अन्य जालवाही से नहीं लौगलेंगे।
2. "कोशिका चालान्डेशन" से तो वही गई महामारी जैव विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई महामारी या किसी दूसरे वर्षावाप्रक्रिया का सुधार देंगी वही वर्ष हस्ताक्षर की ओर का विवर है जैसे "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा किसी जाता या जीर्ण रखा जाता है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी के ज्ञान सुखा और उन्हें जाने की सही विवरणी ऐसी एवं हस्ताक्षर की ओरी और "कोशिका" की कोई पूरीका या विवेदी हास जालवाही में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

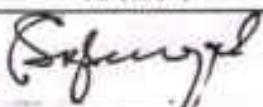
Date of Surgery  
अधिकारी की तारीख  
17/09/24

  
**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
(Name of Dr. & Design No. with Stamp)  
Consultant - Plastic & Reconstructive Surgery  
Shrikrishna Hospital & Research Center, Vashi, N.

  
**Mr. Lakshminath N.  
Manager Outreach**  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A Unit of Chaitanya Hospital & Research Center)  
# 15/M, Thirumalaipettaipalayam,  
Tamil Nadu - 600006  
नम्र व ए इस्ताक्षर अधिकृत जालवाही

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर : 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

