

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N 1122211852	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि :	21/12/22						
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Kamalamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	70		SEX लिंग:	F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्रीमुख का नाम:		L/o Puttarama		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पता:		N Kodibatti - Maddur taluk, Mandya Karnataka			
				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थान पता:		Same as above			
OCCUPATION: पेशेवरी:	Home maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चिन्हन)					
PAN No. स्थाई जाता संख्या:									
*DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर रहा हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निरापद स्थान):		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					
<p style="text-align: center;">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियोग आधार</p> <table border="1"> <tr> <td>BPL Card (Attach-Card Copy) गरीबी रेखा के भीतर प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)</td> <td>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)</td> <td>Ration Card (Attach Copy) उपचारकर्ता कार्ड (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)</td> <td>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य</td> </tr> </table>						BPL Card (Attach-Card Copy) गरीबी रेखा के भीतर प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकर्ता कार्ड (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
BPL Card (Attach-Card Copy) गरीबी रेखा के भीतर प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकर्ता कार्ड (प्रयाप पड़ता है तो संतुष्टि की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियोग का वर्णन:									
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दैवित्र से जारी की गई आविषेदन गूची संलग्न								
2	Diagnosis	RE Cataract LE Cataract							
2	Opthalmology	RE Cataract + PCTOL							
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता रसीद							
—	—	—							
—	—	—							
—	—	—							
—	—	—							
—	—	—							

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिए गए सभी विवरण यही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवाद ऐसे कामन अपाप्य जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जगह की है।
- मैं द्वारा जानकारी यही "कोशिका फाउंडेशन", जो जीव की है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की तुली के लिये विवाद जारी, जो इस प्रकार में पहला यह है।
- मैं चुप्त करता हूँ कि विवाद सहायता देने वाले प्राप्ति की नहीं है, उस तरीके जो अधिक या सहज विभास किसी अन्य भौतिकीकरण कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होता।

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

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रकार मैं अपने इच्छाकारी या लंबाई की ओर लकड़ा, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की तुली करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीरों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, लंबाई और जो विवाद इस प्रकार में खोला है, जो "कोशिका" एवं नामी, नाम, यात्रा/वा यूपी, उद्देश्य से तुली गिरिधियर्थी और उपलब्धियर्थी के लिये किसी भी उसका नामावधि से उत्पत्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवाद ये लंबाई के बाहर या बाहर में करारे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बाहर से सहायता हूँ कि मेरा नाम, नाम, लंबाई और विवाद जो है सहायता के दृष्टिकोण से तुली गिरे हैं तुली नाम: सहायता का लकड़ा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीरों का विवेद गतिशील और वापसीकारी होता।

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

आवेदक के इच्छाकारी या लंबाई का विवाद

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इच्छाकारी 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 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.

हमारे अधिकृत, इच्छाकारी की ओर से याचिनी/लेटी की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने वाली विवादी की जाती है, जिसे इस (इच्छाकारी) विवाद के बाहर या वापसीकारी का लिया जाता है और जो विवादी अन्य लोगों से इस एप्लिकेशन में लिये जा रहे हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विफली/सफली उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नाम, नाम, लंबाई या विवाद जिसकी अधिकृत/उपलब्धता देने वाली विवादी अन्य नामी या सहायता के बाहर या बाहर में करारे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से तुली गिरे हैं।

1) यह कि न ही वायप्स और व ही वायप्स ये विविध सहायता विवादी या सहायता देने वाली विवादी अन्य लोगों से इस एप्लिकेशन में लिये जा रहे हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विफली/सफली उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नाम, नाम, लंबाई या विवाद जिसकी अधिकृत/उपलब्धता देने वाली विवादी अन्य नामी या सहायता के बाहर या बाहर में करारे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से तुली गिरे हैं। इस तुली गिरे हालात के बाहर या वापसीकारी उपलब्धता का लकड़ा है। इस तुली गिरे हालात के बाहर या वापसीकारी उपलब्धता का लकड़ा है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली यह सहायता के बाहर या विवादी अन्य लोगों की है। योगी पर हालात द्वारा ये नहीं सहायता या विवादी अन्य लोगों के बाहर या वापसीकारी उपलब्धता का लकड़ा है। इसलिये हालात में लेहों के इस बाहर या बाहर याने की जाती विवेदी होगी यह हालात की दृष्टिकोण से लेहों के इस बाहर या बाहर याने की जाती विवेदी होगी।

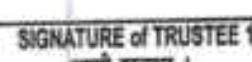
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकृती के लिए संस्कृति

  
Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Skrandh Behalf of Hospital)  
# 15/M, Thimmiguddi Road, Mysuru - 570010  
कृष्णगढ़ बैठ इच्छाकारी अधिकृती की प्रतीक)

Date of Surgery अधिकृत की तारीख 21/12/2023	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of DO & Regd. No. & MD) Consultant Ophthalmologist & Refractive	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
--	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इच्छाकारी 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इच्छाकारी 2

