

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N 1222 1826	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	21/12/22
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mahadevamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	50
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	W/o Mahadevagowda	SEX सिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पत्ता # 13 th , 6th Cross, Bhuvaneshwari Nagar Magadi road, Bangalore Karnataka - 560043			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई स्थायी पत्ता Same as above			
OCCUPATION: अवसान:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (उपर का सापेक्ष संतोष)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	—		
PAN No. स्थाई स्थान संख्या:	RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब जब आप कर दाता है (जो जान दो उस पर सही का निशान लगायें): 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
1	Mamatha . M	15	F
			Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भीय रोका को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर चाहिे संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर चाहिे संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर चाहिे संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सापेक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवेट सूची संलग्न		
1	Diagnosis	RF- cataract LE- Cataract	
2	Surgery	LE- Cataract + IOL	
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशी	
1	PBGS	₹ 5000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में लिखा गया जनकारी के अनुच्छेद समय पर्याप्त नहीं है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग समय जाता है तो मैं उसका नियन्त्रण की जा सकती हूं।
- 2) मैं द्वारा जैसा कहा गया "कोशिका फाउंडेशन", ये तो जा सकता है, इसका उद्देश्य इसी उद्देश्य की तृप्ति के लिए किसी आवेदन, जो इस प्रकाश में पढ़ रहा है।
- 3) मैं दूसरे कहता हूं कि यह सामग्री द्वारा दिया गया अन्य कोई उद्देश्य या सकाल हिस्सा किसी अन्य घोषणान्वयन/वीमन कम्पनी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा कहा)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इन प्रकाश पर अपने डिग्रीभर की ओर साझकर, मैं (अप्पेलेंट) अपने आवाहन की तृप्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों "जो अधिकृत काला हूं कि मेरा नाम, पाता, चोटों और जो विवरण इस ड्राफ्ट में भविष्यत है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, इन, वाक्यों/या ऐसे व्यापक से जुड़ी गतिविधियों और उल्लंघनों के लिये किसी भी प्रसार या व्यापक से प्रसिद्धि प्राप्त होने से लिये बाधित हूं। मेरे प्रत्यक्ष जा विवरण में इतना को पहले या बाद में कहने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूं कि मेरा जन, पाता, चोटों और विवरण जो कि सामग्री के ड्रॉफ्टों में प्रतीक्षित हैं युक्त स्थान: सामग्री का इकाया जीवन विवरण में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अतिम जौर आवाहनार्थी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्पेलेंट को इसका जो अनुरूप जावा नियान

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्पत्ति द्वारा कहा)

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:

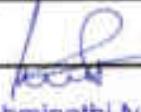
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

- इनको अधिकृत, सामग्री की ओर से मान्यताप्राप्ती की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सामग्री हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (इस्पत्ति) नियन्त्रण में यात्रा व स्थान के लिये अन्य वाहनों में ले जाते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरूपित उक्त की सम्पत्ति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर हेतु किया जाता है जो अस्पत्ति किसी अवधि वर्ती जानकारी संभव के लिये अन्य सामग्री से सामग्री लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। हम दूसरे में सामग्री कहा जाता है कि अस्पत्ति द्वितीय नहर उक्त वाहन लेने/मान्यता हेतु लिया गैर सामग्री संभव का लिये अन्य सामग्री से नहीं लेना/लेने।
- 1) यह कि व से कोई अन्य और व ही भविष्यत में विविध सामग्री जिसी गैर सामग्री संभवतः या जिसी अन्य लेने से उक्त लेनी/मान्यता में ले जाते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरूपित उक्त की सम्पत्ति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर हेतु किया जाता है जो अस्पत्ति किसी अवधि वर्ती जानकारी संभव के लिये अन्य सामग्री से सामग्री लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। हम दूसरे में सामग्री कहा जाता है कि अस्पत्ति द्वितीय नहर उक्त वाहन लेने/मान्यता हेतु लिया गैर सामग्री संभव का लिये अन्य सामग्री से नहीं लेना/लेने।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ले जाए गई सामग्री कोन्कल लिये प्रस्तुति की है। ऐसी यह हमसात्ता द्वारा ये वर्ग सामग्री का बुलबुल होनी वर्ष हमसात्ता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जिसी उक्त जाता है वर्ष नहीं है। इसलिये हमसात्ता में ऐसी के इतना सुखा और अन्य जाने की सरी लियेंगी ऐसी वर्ष हमसात्ता की सीधी जौर "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरण इस सामग्री में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्थान

Date of Surgery
अन्योन की तारीख
21/12/22


Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant जन रिहायर रिफ्रेक्टिव


Mr. Lakshmipathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for on behalf of Hospital)
(A unit of Shri Ramji Hospital & Research Centre, Chembur, Mumbai - 400 013)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अप्पेलेंट राख्यें हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हमसात्ता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हमसात्ता 2

