

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैला आवेदन प्राकृप

(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: N | 0123 | 1953
प्राप्तिक्रम संख्या :

APPLICATION DATE: 3/1/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Muddamma

AGE-YEARS 31½-yr SEX ♂

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Babuvaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10100 30th St., San

Kunigahalli village Gundlupete taluk
Chamarajanagar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : न्यू अमेरिक परा

Digitized by srujanika@gmail.com

Same as above



poop poster
1953 Muddamma

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (ग्रन्थित) / UNMARRIED (अंग्रन्थित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **₹ 25,000/-**

(Attach Proof of Income)

AN No. संग्रह नं. अंक

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):

Yan / No
五 155

FAMILY DETAILS परिवर्त जाना

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
५	Babavniyah	58	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Anapni Card Copy) गरीबी रेता के जीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाप्त यांत्रि संसाधन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप अप्य वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाप्त यांत्रि संसाधन करें)	Ration Card (Attach Copy) दरभानकारी कार्ड (प्रमाण पत्र को लाप्त यांत्रि संसाधन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साधारणता होते कि ये ग्रन्थे लिखाती का नहीं होता:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन मूल्यों संलग्न
①	Diagnosis RE Colostomy LE Colostomy
②	Surgery RE Colostomy + PCR

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVOIDED नीचे गई सहायता राशि
३	DBCB	2000/-

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.
- I ने पालन करता हूं कि इस प्रकार मेरे लिए गये सभी विवरण मेरी बाधकारी के अनुचार मात्र एवं सही हैं। जब भी विवरण इस कारण अलग बदल जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ जाती है।
- मैं द्वारा को सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", जो सही बात रही है, उसका उपर्योग सभी उद्देश्यों की लिए विषय जापेग, जो इस प्राकार में भट्टा पाया जाएगा।
- मैं पूर्ण करता हूं कि बिसा सहायता देने वाले प्रबंधन की गई है, उस दिन का अधिकार या उक्त विस्तर निम्न लिखित विवरण से न हो सकता है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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.
- 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 प्रकार मात्र अपने इच्छाकारी या अंगठी की जाप सहायता, जो (अंगठी) अपनी सहायती की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जन्म, जाति और जो विवरण इस प्रकार में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, राज, वाक्यावय इसे उद्देश्य से बहुत नियतिशील और उपलब्धिशील के लिए किसी भी प्रकार वापसी से प्रतिकृति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण मेरे इच्छाकारी के पहले या बाद में बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूं कि मेरा नाम, जन्म, जाति और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहारी हैं पूरी भूतः सहायता का इच्छाकारी बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय विवरण और वाक्यावयी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इच्छाकारी का अंगठी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाताल 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:

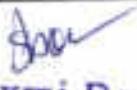
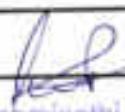
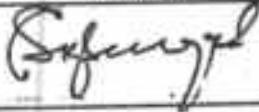
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not 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.
- 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, इस्पाताल की ओर से याचिनीयों की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने वाली विवरण की जाती है, जिसे हम (इस्पाताल) निम्न द्वारा से प्राप्त करते हैं।

- यह कि न हो वर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायता निम्नी गैर सहायती संस्थान एवं विविध अन्य संस्थानों में भी रही या से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध तरीके से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होती है। जब भी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकारी/सहायता करता है तो असलाहा विवरी कर्तव्य गैर सहायती संस्थानों द्वारा दिया जाता है ताकि सहायता का उपयोग सुविधापूर्वक हो। इस पूर्ण में सम्बद्ध करता है कि असलाहा द्वितीय मरम उक्त गैर सहायती संस्थानों से नहीं होती होती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सही वर्ग सहायता कीमत विविध प्रकृति की है। एकी जर इस्पाताल द्वारा ये वर्ग सहायता का उपयोग एकी एवं इस्पाताल की विविध कार्रवाई के लिए एवं उक्त कार्रवाई का उपयोग होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विविध इच्छाकारी को उपयोग करने की अनुमति दी जाती है। इसलिये इस्पाताल में एकी के इच्छाकारी सुधूर और अन्य जारी की जानी विवेचित होती है एवं इस्पाताल की ओर और "कोशिका" की ओर पूर्णता या विवेचित होने वाली जामते में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगठी की तारीख 3/1/23	 Dr. Laxmi Doreppavar (Name of Dr. & Rank, No. with Stamp) Consultant Phaco & Retina MBBS MS MSc FICO	 Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name of Manager, No. with Stamp) (A unit of Shri Ramachandran Eye Trust) # 16M, Thirumangalam, Madurai - 625011 Tamil Nadu, India Mobile: +91 98422 22222
FORM NO. 90244		आवेदक दर्शक हैं।
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्पाताल 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्पाताल 2 	