

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life™	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	NID12311980	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	06/01/23	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Parivathi	AGE-YEARS वय-वर्ष:	70 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुम का नाम:	W/o Ramaswamy			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता # 74, 2nd Cross, Dr-TCM Bagan Road, Bangalore Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: अवस्था:	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	-	Preop Postop 1980 parivathi		
PAN No. स्टार्ट नंबर:				
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं ज्ञाप भाग कर रहा हूँ (जो भाव्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये):				
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
1	Mandalapian	40	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विवरी लिखा				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प ज्ञाप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जावे विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached ज्ञापतात्/वाकिरा में जारी की गई आवेदन मूली संलग्न			
1	Diagnosis	RE - Contact		
		LF - Contact		
2	Surgery	LF - Contact - IPG		
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 राशी		
1	DBGS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा सौंचना पर:

- 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 हूँ कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण यही जननी के अनुच्छान माध्यम से एवं गयी है। परं कोई विवरण इस कामय असम्भव या यह काम है तो मैं यही सहायता निश्चय की का बहकती है।
- 2) मैं इस के समर्थन ग्राही "कोशिका पाइलार्स", मेरी जा यांत्री हूँ, जहां उन्हें उनी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में गया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरणात् दोनों यह घोषणा की गई है, उस दृष्टि का अधिकार या सकल विस्तृत विवरण अन्य घोषितियोंकी बासनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में दीया।

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/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) इस प्राप्ति का अवानी इसका या अंतर्वार की जाए साक्षात्, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण कामता हूँ एवं "कोशिका पाइलार्स और उनके नवाचारों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह प्राप्ति अंतर्वार को विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नवाचार, राज, जाकड़ाक द्वारा उन्होंने उद्देश्य से युक्ती घोषितियों और उपलब्धियों के लिए विभिन्न पीढ़ी प्राप्त वायम से प्राप्तियां अवानी करने के लिए अधिकृत है। ग्रे प्राप्ति का विवरण ग्रे इतने के पासे या बाद मे कामे के लिए "कोशिका पाइलार्स" वा नवाचार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्राप्ति के समर्थन के लिए यहां पर्याप्त या उपर्याप्त या उपर्याप्त है युक्ती यहां सहायता का इच्छायक नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" एवं उनके नवाचारों का निर्वाचन अंतर्वार और सहायता की दीया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसका या अंतर्वार का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

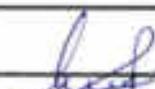
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

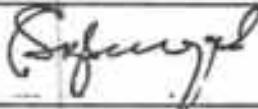
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is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

इसी अधिकृत, इसका अंतर्वार की ओर से यापानी दीया "कोशिका पाइलार्स" से लिया यापाना होता विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवरण में याप्त व सहायता करते हैं।

- 1) यह कि मेरे समर्थन और मेरी अधिकृत ये विविध यापाना किया गया है। सहायता की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं, ये विवरण के लिए हमने "कोशिका पाइलार्स" से लिया। इसके अंतर्वार में "कोशिका पाइलार्स" द्वारा याप्त या उपर्याप्त किया गया है। यह कोशिका पाइलार्स द्वारा यापाना की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं, ये विवरण के लिए हमने यापाना की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं। इस पूर्ण में याप्त याप्त करता है कि यापाना की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं। इस पूर्ण में याप्त याप्त करता है कि यापाना की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं।
2. "कोशिका पाइलार्स" से लिये याप्त यापाना की संख्या या विभिन्न अन्य यापानों में लिये या तो रहे हैं। यह कि कोशिका पाइलार्स का याप्त याप्त करता है। इसके अंतर्वार में "कोशिका पाइलार्स" द्वारा किया गया याप्त याप्त करता है। इसके अंतर्वार में "कोशिका पाइलार्स" द्वारा किया गया याप्त याप्त करता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहीकृती के लिए संभवति**

Date of Surgery बीमोरी की तारीख 06/01/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name/ID No./Regn. No./M. No.) Consultant, Eye Bank & Refractive FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	 Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Birla Eye Bank & Research Trust) # 110 M. Thirumangalam, Chennai - 600017 திருமங்கலம் மாவட்டம், தென்கிழக்கு பிரதீர்ணி கிராண்ட் எரை
--	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाचार 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाचार 2