

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0123/1989		APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 06/01/23				  Preop Postop 1989 Pushpa Rani	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Pushpa Rani		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 70		SEX लिंग F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुधर्म का नाम W/o Raju							
PARENTS RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पत्ता M. # 63/104, 1st main, 2nd cross Opp Vinayaka Theatre, Anandapuram Mysore							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पत्ता Kconatalu same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय -				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सलग्न)			
PAN No. स्वयं खाता संख्या							
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय आप कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाइए।) 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 सम्बंध			
1	Shanmugam	26	m	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितना आधार							
☒ BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये बिमती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सलग्न						
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract						
2	Surgery RE-Cataract + p.i.o.l						
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED हाँ यदि सहायता राशी					
1	NPA	₹000/-					

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोत्कृष्ट द्वा द्वीप द्वीप द्वीप

- 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 यहाँ पर आता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विषयों में मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना है कि सहायता "अभिलेखित प्रयोजन" के लिए ही दी जाए, प्रत्यक्ष उपयोग नहीं करके उसे किसी भी अन्य विषय के लिए न दिया जाए, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर आता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या अपने ही धन से, उस राशि का उपयोग न कर सकूँ जिसका निम्न में उल्लेख किया गया है और न ही भविष्य में करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (समझौता दातृ द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरादाता या अपने की बात साफ़ कर, मैं (आवेदक) अपने साक्षी को मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका परावर्तन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, साक्षीयता पूर्ण इत्यादि से पूरी गतिविधियों और स्वतंत्रियों को अपने किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो राज्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका परावर्तन" में न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षीयता से इत्यादीयों से प्रभावित है मुझे स्वतः साक्षीयता का दस्तावेज नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साक्षीयता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आविष्कार के इलाक़ा में अंग्रेज़ों का दिक्कत



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का बरत)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अविश्वस, बाबाधारी की ओर से बाबासंनोदी को "बेसिद्धा पञ्चमोक्षण" से मिलीय छायाया हेतु सिमरिद्धा को जाली है, निम्ने हय (हयपञ्चमो) निम्ने ज्वाल से ज्ञान व स्वीकान काते है।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में द्वितीय महापक्ष किसी भी राजनीति संस्था का किसी अन्य समूह से उच्च स्तर पर संबंधों में रहे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिया काउन्सिल" से विपक्षीय/विनाश उच्च के संबंधों में "कोरिया काउन्सिल" द्वारा स्पष्ट हो कि है। यदि "कोरिया काउन्सिल" द्वारा महापक्ष विनाश अस्थिर/अस्थिर हो भन्नु नहीं कि यह बात है या अस्थिर किसी अन्य और राजनीति संस्था का किसी अन्य समूह से महापक्ष लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात बता है कि अस्थिर द्वितीय पक्ष उच्च स्तर पर संबंधों में किसी भी राजनीति संस्था का किसी अन्य समूह से नहीं संबंधित।

2. "बोशिका काउन्डेशन" से जो रई सापना कोना विनिव द्युति को है। ऐसी या इमपला इए री रई सापना या किने गये रणचारप्रक्रिया का सुपान ऐसी रई इमपला के बीच का विवर है और "बोशिका काउन्डेशन" इए किने प्रका या कोई रबाय नहीं है। इतिनिव इमपला में ऐसी के इलाज सुपान और आने जाने की सारी विमोहरी ऐसी रई इमपला को ऐसी और "बोशिका" को कोई सुविधा या विमोहरी इस सपाने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

भयौकालीं यो लिप् संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/01/23

Dr. Laxmi Dorenpavagar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant, Plastic Surgeon, Refractive

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सुखी, सुखी ।

Sefernyj

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो इत्युक्तः २

Rich