

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	<b>Koshika</b> foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N1012311992	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	06/01/23	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	Anji	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	64	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	W/o Gangappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासन स्थान पता 25, Dheebighatta, Vasanthanagar.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थान पता				
Shivaji Nagar Bangalore 560011				
Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹8,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No. एपीएन संख्या				
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> मास वाच कर रहा है (जो मास ही तक पर मासी का निशान लगाये): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<i>[A large rectangular box for listing family members]</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गोई प्रमाण पत्र (प्रत्येक एक गोई संलग्न छाड़ी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आम आदर्श प्रमाण पत्र (प्रत्येक एक की साथ गोई संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) डॉपमोक्षा कार्ड (प्रत्येक एक की साथ गोई संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्ति/दौषिकार से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis		RF - Cataract	
			LF - Cataract	
2	Surgery		RF - Cataract + Prol.	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभागी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता रकम		
3	DBCS	3000		

**DECLARATION by APPLICANT** अप्लिकेटर द्वारा घोषणा की-

- 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 "purposes", 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 पारिवहन कार्यक्रम से दिए गये सभी विवरण ऐसे जानकारी के अन्तर्गत हैं जो सच्ची है। यदि कोई विवरण इस वापर का लालन पालन या इसके साथ सम्बन्धित है तो मैं उसका विवरण नहीं दिया जाएगा।

2.) मैं द्वारा देखा गया "कालिकट ट्रायलर्स", से कोई जो चीज़ है, उपकरण वर्षभर उसी उपकरण को चुनौती दें दिये गये विवरण आवेदन, जो इस प्रकार है यहा नहीं है।

3.) मैं उन्हीं कार्यक्रम से दिए गये विवरण की जांच की जा रही है, जो दिए गए वार्तालालन वाले विवरण की जांच की जाएगी। यदि वह वार्तालालन की जांच की जाएगी तो न दिया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा करत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/public/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.

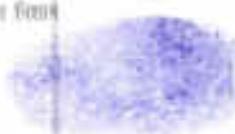
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्राप्ति पर अवृद्धि इकाया या अवृद्धि की स्थान समाज, में (आतंक) वहारी भवित्वों को पुष्ट करता है एवं “कारोबार चालाकार” और उसका न्यासोंपांच का अधिकृत करता है एवं यह यहां पर्याप्त, ‘फोटो जीवन’ की विश्वास इस प्राप्ति में भागीदार है, जिसे “कोलिया” सामूहिकी, दार, याचनाएँ दूसरे वर्तमान में जुड़ी गणितियों और उत्तमाधर्मों के सिवे किसी भी प्रश्न सम्बन्ध में प्रश्नात्मक कारों के लिए उपयोग है। नीचे इकाय का विकास यों होता है जो जाद दें कारों के लिए “बोलिया फारदेशर” च भवस्तु अधिकृत है।

2.) मैं (आतंक) इस वात में सहमत हूँ कि योग जल, यज्ञ, अप्तों और विषयों वाले कि सामाजिक दृष्टिकोणों से प्रतीक्षित हैं पुष्टे रखते; सहमत का हमारा वही समाज है इस सम्बन्ध में “कोलिया” नाम वाले व्यक्तियों का विश्वास अस्तित्व और व्यवस्थाएँ होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

新編重刊本



AGREEMENT by HOSPITAL (Signature and Title)

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 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.

इसके अधिकृत, इसकी की जीत में यापनहोरे को "कॉलिन्स पार्टनर्स" से विविध ग्राहकों द्वारा चीज़ों है, जिसे इस (इम्प्रेस्ट) निम्न प्रकार से बताया गया करता है।

1) यह कि न तो खाली ही व ही भविष्य में विविध ग्राहकों द्वारा और वर्तावी ग्राहकों या विद्युत ऊपर से उन्हें या उन्हें वही है, जैसे कि इसमें "कॉलिन्स पार्टनर्स" ने विश्वासिती रखा था कि वह "कॉलिन्स पार्टनर्स" द्वारा यापनहोरे विविध ग्राहकों द्वारा संभव नहीं किया जाता है व अस्तित्व कितने बहुत ज्ञान वाले वर्तावी ग्राहकों द्वारा दिये जाने वाले विविध ग्राहकों द्वारा संभव है। इस पृष्ठ में बदल कर उक्त योग्यताओं द्वारा दियी गई जानकारी संभव वही ज्ञान संभव है जो इसमें दिया गया है।

2. "कोलिका वाट्टमैंसर" से भी यह योग्यता कानून विविध प्रकृति की है। हेतु जब इसका द्वय ऐ यह लकड़ा जिसे उत्पादित कर खुशा करें एवं एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है तो वे "कोलिका वाट्टमैंसर" द्वय किसी प्रकार वा कोई एवं यह नहीं है। हालांकि इसका मैं यही क्षमता गौर आने वाले यही कानून विविध एवं एवं हस्ताक्षर की होती है औ वे "कोलिका" को कोई अधिकार या विविध एवं एवं यह लकड़ा में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वास्थ्यकारी एवं विषय संस्कृति

Date of Surgery सर्जिकल की तिथि <b>06/01/23</b>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>(MBBS, MSc, PRS, FRCO)</b> <b>Consultant - Phaco &amp; Refractive</b>	<b>Mr. Lakshminipathi N</b> <b>Manager Outreach</b> <b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory</b> <b>Thirumangalakudi Eye Care</b> <b>(A unit of Sri Lakshmi Eye Hospital Trust)</b> <b># 16/M, Thirumangalakudi, Villupuram, Tamil Nadu - 606001</b>
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी संकेत । <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी संकेत 2 <i>[Signature]</i>	