

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of Life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N1012312040	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	10/1/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Puttathayanna		AGE-YEARS उमेर-वर्ष
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सупруг का नाम:	W/o Balavanna		SEX लिंग
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बसासीय पता:		Chamarajanagar Taluk, Ugginedalwundi	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई बसासीय पता:		Chamarajanagar	
- Same as above -		Preop Post op 2040 puttathaya	
OCCUPATION: अवस्था:	Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चिनान)
PAN No. स्ट्रोक नंबर:			
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कौन आप जरूर भर दाता है (जो जान्य हो उस पर चाही का निशान लगायें):			
<input checked="" type="checkbox"/> आप जरूर भर दाता है (जो जान्य हो उस पर चाही 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) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Balavanna	82	M
			Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनानी आधार			
PL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की नीचे प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र की जाप अंति संतान को।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप अंति संतान को।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप अंति संतान को।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनानी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तियां/डॉक्टर से चारी को गई प्रतिवेदन सूची संतान		
①	Diagnosis - RC Cataract LC Cataract		
②	Surgery - LC Cataract + PCL.		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस 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 जी गई सहायता रसी	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: मानेंद्र द्वारा घोषित प्रत:

- 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 पोर्टल काला हूँ कि इस प्रकार मेरे गर्व सभी विवरण मेरी "नामकरी के अनुसार सब दर्ज होती है। यहाँ कोई विवरण इस काला आवश्यक नहीं है तो मेरी जाहाज निकल की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा कोई सहायता या "कोशिका कार्डिनेशन", से ही नहीं होती है, जाकर उपरोक्त उमीद उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे पास है।
- 3) मैं चुनौती काला हूँ कि विवरण जाहाज के बाहर प्रवर्षन की गई है, तब तभी का आवश्यक या सकल विवरण किसी अन्य प्राइवेट/प्राइवेट/बीम काला से न हो जिसके लिए है और न ही गोपनीय में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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) इस काला पर आवंदक द्वारा या अंगठे की द्वारा साकारा, मैं (आवंदक) मापदं याहाजी की चुनौती काला हूँ कि "कोशिका कार्डिनेशन और उसके नामीय" की अधिकृत काला हूँ कि मेरे नाम, पता, अंगठे और जो विवरण इस प्रकार मेरे खाली है, उसे "कोशिका" एवं नामीय, एवं, जाहाज का दूसरे उद्देश्य से युक्ती गोपनीयिता अंगठे उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार जाहाज से प्रवर्षित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इसका को पहले या बाद मेरे करने के लिए "कोशिका कार्डिनेशन" का नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगठे और विवरण जो कि जाहाज के उद्देश्यों से जापित है युक्त जाहाज का इकाया भी बनाता है। इस यावद्यमान में "कोशिका" एवं उसके खालीयों का लिंगें अंगठे और जाहाजकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवंदक के इसकारा या अंगठे का लिंगें



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

एवं अधिकृत, हस्पताल की ओर से यामानीयों द्वारा "कोशिका कार्डिनेशन" से विविध जाहाज की चुनौती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उपकार से जब्त या लानीकरण करते हैं।

- 1) यह कि न हो जानीयन और न हो यावद्यमान में विविध जाहाज किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त दोषीय/गोपनीय ने लोगों का ले यह है, जैसे कि हमने "कोशिका कार्डिनेशन" में विफलताविनाशी काला के जामना में "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा प्रदर्शित है। यह, "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा जाहाज विविध अंगठी/जाहाज का दूसरा नामीय किया जाता है तो जामना किसी अन्य गैर साकारी संस्था या विभिन्न अन्य संस्थान या जाहाज से उक्त दोषीय काला का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस चुनौती ने स्वयं कहा जाता है कि जामना द्वितीय नाम उक्त दोषीय/गोपनीय से दूर रखता है और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लोगों/लोगों।

2) "कोशिका कार्डिनेशन" से नहीं गई जाहाज का उपकार विविध प्रदूषित की है। लोगों का इसकाल द्वारा ही गई जाहाज या किसी गैर साकारी काला का अंगठी/जाहाज का चुनौती इस द्वारा कोई जीव की जान का विषय है और "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा किसी उपकार या कोई रक्षण नहीं है। इसके द्वारा जाहाज में दोषीय के जामना सुरक्षा और जाने वाले को सारी विनेशीय दोषीय एवं जामना को होती है और "कोशिका" की अंगठे चुनौतीयों या विवेदित हाथ याकूबों में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery
अंगठी की तारीख
10/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MSc, MRCS, FRCO)
Consultant - Paediatric Refractive

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sion on behalf of Hospital)
16/M, Thirumalai, P.O. HSPAT, Chennai, Tamil Nadu, India
Approved Area

KPI INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीय हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीय हस्पताल 2