

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता लेने आवेदन प्रक्रम**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य इन्डस्ट्रीज)

 Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	N   0123   2057	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	11/11/23	Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Alamkumma		AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	M/s Aye kannu		2	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पत्ते 56 Gurappa Garden Kalisipalya Bangalore Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पत्ते Same as above		
OCCUPATION : पेशी	Unemployed		Proof postpaid 2057 Alankumma	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	—		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संतान)	
PAN No. स्थाई ज्ञात संख्या				
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर रहे हैं (जो गान्धी हो उस पर सही का निशान लगायें): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS घरेलूका विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलूका के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<i>[A large blank area for listing family members]</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महापात्र के लिये विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के भीतर प्रभाल पत्र (प्रभाल पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लघू आव वर्ग प्रभाल पत्र (प्रभाल पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारका कार्ड (प्रभाल पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महापात्र हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिकार/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis IE - cataract LE - cataract			
2	Surgery LF - Cataract + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महापात्र किसी जन्य स्वीकृत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही रूप से महापात्र दरबार		
3	DBS	8000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** આપણે તું ખોલ્લો એ.



AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 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 virtual, 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 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 Kothika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार पा. अपने हालात का भीतरी वी जान साकार, वे (व्हॉरेंट) भारी साधारी वी दुष्ट कहा है एवं "कोशिका पाड़देशन और उनके नामों" को अधिकृत कहा है कि ये वा. पा. फौज और वे विश्वास इस प्रकार में बोलते हैं, उने "मार्गिका" एवं जारी, दून, याचनाना इन्होंने दृढ़तया से खुदी परिवर्षों वी उपर्युक्तों वे विश्वासी वी प्राप्त रथ्यम रे प्रतिकृति करने के लिए बोलियत है। वी एवं का विश्वास ये इनके के चाहे वा वार में बोले वे लिए "कोशिका पाड़देशन" वा जारी अधिकृत है।
  - 2) वे (व्हॉरेंट) इस बात में बहाया है कि ये वा. वा. फौज और विश्वास वे विश्वासा के दृढ़तया से छापियते हैं युद्धी रथ्या, महारथा वा. इन्होंना वी कराता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इसमें नामितों का नियोग लिया और वाचाकाते होंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrea 市場問題研究室



AGREEMENT by HOSPITAL (病院の承認)

By affixing her/his undersignature, 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 अलावा, उनमें से कोई भी विद्युत या विद्युतीय प्रणाली का नाम नहीं है।

- 1) यह किंतु न ही व्यक्ति और उसी व्यक्ति में विभिन्न साकारात्मक किसी गैर साकारात्मकवाद का किसी जन्म स्थल से जड़ा संगीतकालीन नहीं होता है, वैसे कि इसमें “कोरोनाकाल पाठ्यनाट्य” में विभिन्नताएँ उपलब्ध होती हैं। यदि “कोरोनाकाल पाठ्यनाट्य” इष्ट साकारात्मक विनाशकाल होता है, तो यह नहीं किसी वाक्त है जो साकारात्मकी जन्म गैर साकारात्मकवाद के किसी अन्य साकारात्मक से साकारात्मक होने का अविकाश सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में दायर करा जाता है कि ग्रन्थाता द्वितीय याद उपरा एवं व्यक्ति किसी विभिन्नताएँ जो किसी अन्य साकारात्मक से जुड़ी होती हैं।

2. "कोरिका फाइनेंस" से भी यह ग्राहक अंतरा विविध प्रदूषी की है। ऐसी पा इन्स्टाल द्वारा ये गई जलता या किसे गढ़े जायाएँ/प्रक्रिया का गुणवत्ता देने वाले एवं इसलाई वे बौधग्य का विषय है और "कोरिका फाइनेंस" द्वारा किसी इकाया का कोई व्यापक नहीं है। इन्होंने इच्छाकारी देशों के लिए गुणवत्ता और उपयोग की सभी विस्तैरी एवं एसएस की दोनों ओर "कोरिका" की भवित्वी अविभास द्वारा विस्तैरी एसएस में भी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery बीमारी की तिथि  11/11/23	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> Name <b>MBBS, MS, FRCR, FICO</b> Consultant <b>PRK &amp; LASIK Refractive</b>	<b>Mr. Lakshmipathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of <b>PRK &amp; LASIK Refractive Eye Care</b> (A unit of <b>Sankara Eye Bank Trust</b> ) # 1003, Third Floor, Shanti Nilayam, Sankara Eye Bank Annex
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHISHA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाया ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाया २
	