

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

N1012312076

APPLICATION DATE : 13/01/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mahadevappa

AGE-YEARS वय-वर्ष
65

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/काकुल का नाम

Slo. G.M Sieldappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासोदय पता
161, Mevasandra, Kengsavadi,

Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासोदय पता

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय
Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय
30,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष चलाएं)

PAN No. स्थानीय चलान संख्या

DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मम्बा आप ज्ञाप का धारा है (जो मात्र हो उस पर मही का निशान लगाये)

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	Ruttamma	50	F	Mother
2	Mahesh	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
मद्दायत के लिये विनाशी आवाह

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जब्त कोई साक्ष
गरीबी रेता के नीचे प्रयाप पड़ता है (प्रयाप पर कोई साक्ष प्रति संलग्न करें)	ज्ञान अप वर्ष प्रदान पर (प्रदान वर्ष की ज्ञान प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रदान पर की ज्ञान प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मद्दायत हेतु किये गए विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्पलाट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- Correct
	LE- Cataract

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED मी गई मद्दायत रकम
1	TBCS	500/-

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य मद्दायत किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Koshika
foundation
Building block of life.



Preop Postop
20.7.23 Mahadevappa

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत करा:

- 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 संकेत करता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गए मध्ये विवरण में वालकरी के सम्बन्ध में यह सत्त्वी है। यह कोई विवरण द्वारा कठान असत्त्व पाया जाता है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मैं इस जी मध्ये सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवरण द्वारा, जो इस दस्तावेज़ में पाया जाता है।
- 3) मैं नहीं करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस परी का अविवाक या सकान विवरण किसी अन्य घोषणादेवका/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही खरीद में दी गई।

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 दस्तावेज़ पर अपने दस्तावेज़ की ओर दायर करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, ठाने, ठाने वाले जो विवरण इस प्रकाश में दी गई है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, एवं, वापसीय दूसरे उद्देश्य से नुकी गतिविधियों और, उपलब्धियों के लिए किसी भी उपाय या व्यवहार में प्रभावित करते ही नहीं दिलाता है। मेरे प्राप्त वापसीय विवरण गों इनमें के चलते या बाद ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जी मध्ये सहायता हेतु योग्य काम, यात्रा, खोजी और विवरण की कि सहायता के उद्दीर्णों में ग्राहित है जुहो उपाय: सहायता का उद्देश्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय का विवरण अतिम और बाबतकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के दस्तावेज़ के लिए 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.

हमने अधिकृत, हस्पताल की ओर से याप्तिकरी की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकाश से मन्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि ये वांचन और न ही खींचन में विविध सहायता दियी गई। सकारी संस्थान वा विद्युती अन्य स्थान से उसके लिए या लें रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम् हेतु किया है। की "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अविकाश/उपकरण हेतु यान्त्रिक व्यवहार की विवरण दियी गई है तथा उपकरण को अविकाश भूमिका रखता है। इस नहीं में उपकरण को हेतु किया गई। साकारी संस्थान वा विद्युती अन्य स्थान से नहीं लेंगे/लायेंगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोका विवरण प्रदृष्टि की है। योगी पर इसका द्वारा यह कि विवरण उपकारा/अविकाश का युक्त योगी एवं हस्पताल व दोनों का विवरण होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया उपकार का योगी एवं होता है। इसलिये हस्पताल में उपकरण का उपयोग नहीं जाने की सारी विवेदिता योगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की बांधे सूचिका या विवेदिता इस याप्ति में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of **SRM** on behalf of Hospital)
SRM नामक एवं हस्पताल अधिकृत विवरण

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name & Designation)
Consultant Ophthalmologist & Refractive

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्वेषित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्पताल 2