

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/1194/2142	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	5/11/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Lakshmamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	75
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम:	~/o Appanna	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासोंचे पत्ता		30matha Ralte HOSUPETC, Haliyurice durga Kumigal Taluk Tumkug DISTRICT Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोंचे पत्ता			
OCCUPATION: जबक्षण:	-u - unemployed		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संदर्भ)		
PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): मैं आय कर रहा हूं (जो मन्य हो उस पर मही का निशान लगावे)			
Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
FAMILY DETAILS घरिका विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिका के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे जड़हन पत्र (प्रधान पत्र की आय अंति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्ष आय वर्ष उम्राग पत्र (प्रधान पत्र की आय अंति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की आय अंति संलग्न करो)	Any Other Guest/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लाई/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा दस्ती संलग्न		
① Diagnosis दौषिण्य	RE cataract LE cataract		
② Surgery सर्जरी	RE cataract + PCIOL		
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ही गई सहायता राशी	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण में सहमती के अनुसार सत्य पर्याप्त है। यदि कोई विवरण ऐसा कहा जाता है तो मेरी सहमति निश्चित की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा ज्ञातव्य गति "कोशिका फाउंडेशन", में स्थीत जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं दूसरे करता हूं कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गति का अन्तर्गत या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/सीमा कम्पनी से न हो सकता है और न ही भवित्व में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

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 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 प्राप्ति का अवधारणा वाले अवेदक अपनी सहमती को पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके सहायियों" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्राप्ति में प्रोत्तिष्ठित है, उसे "कोशिका" प्रक्रम, नामी, दान, व्यवसाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्बन्ध में प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ये उपर का विवरण मेरे इच्छात के जहाँ या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतीत है पुष्ट स्वयं सहायता का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रक्रम उपर के नामी अधिकृत वाले वास्तविक होते।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या झोटे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यात्री/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विभागीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार में सन्देश व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो सहमति और न ही अधिकृत में विविध सहायता किसी भी सरकारी विवरण या किसी अन्य स्तर से उक्त संगठन/समूहों में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवारित/विकित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बताया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विभागीय अधिकृत/सरकार हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी भी विविध संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट बता जाता है कि अस्पताल इतनी प्रदर्श उक्त संगठन/समूहों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं नई सहायता कीवित विविध प्रकृति की है। ये गोपी पा हस्ताक्षर द्वारा ये गोपी गोपी उपचार/प्रक्रिया का चुकाव गोपी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त जाति कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोपी की इच्छा सुनाया और अपने जाने की सही विवरणी, गोपी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" की कोई चुम्पका या विविध इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmalai Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नम् व वद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अधिकृत की तिथि	<b>Dr. Laxmi Dorennava-</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> Consultant Phaco & Refractive डाक्टर की जिम व हस्ताक्षर ५११२४
-----------------------------------	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

*Safayal*

*Lakshmi*