

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building block of life.</i>			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0223/2314		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 03/02/23					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Manjamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 45				SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : W/o Danigowda		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान : Mellanavalagurichau, Mannakere post					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान : Dabheghatta Hobli, Tirumkuru taluk, Tirumkur					
OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED		Preop 2314 Manjamma Postop			
TOTAL ANNUAL INCOME : वार्षिक आय : 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. : [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे): Yes / No हां / नहीं							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
1	Danigowda	50	M	Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract						
2	Surgery LE - cataract + p.cior						
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशी				

DECLARATION by APPLICANT: अभिनेता द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ पर करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "व्यक्तिगत कार्डबोर्डिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

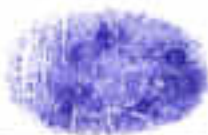
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

- 1) इस प्रश्न का अपने उत्तरदाता या सीने के पास रखकर, मैं (आवेदक) अपनी समझ के दृष्टि से यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाईनेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" प्रश्न पत्रों, पत्र, साप्ताहिक द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाईनेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न पत्रों व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयोजक के सम्मुख यह अंग्रेजी का निवेदन



AGREEMENT by HOSPITAL (WHOM DO YOU)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकार, हमारा धर्म की ओर से समर्थन/पैगम्बर को "कॉन्ट्रिब्यूटिंग फ़ैक्टर" के बिना समझा देना सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (इन्फ़्लुएंस) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही परिवर्धन में विविध सहायता किसी एक सरकारों सम्मेलन या किसी अन्य बहस से उठाए जायेगी, बल्कि यह कि इनमें "कोशिका पाठ्य-पुस्तक" से विभाजित/विपरीत उक्त को सम्मेलन में "कोशिका पाठ्य-पुस्तक" द्वारा प्रदत्त हेतु है। यदि "कोशिका पाठ्य-पुस्तक" द्वारा सहायता विपरीत अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सम्मेलन किसी अन्य एक सरकारों सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन द्वितीय मर उक्त एंटी-मार्गाले हेतु किसी एक सरकारों सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन से नहीं संगत/लेगी।

2. "बौद्धिक कारबन्धन" से तो यह साक्ष्य संभव सिद्धि प्रदुति की है। ऐसी पर इन्स्पेक्शन द्वारा ही यह साहजिक कि बिन्दे गये उपचार/प्रक्रिया का पुरावा ऐसी एवं इन्स्पेक्शन के बीच का विषय है और "बौद्धिक कारबन्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये इन्स्पेक्शन में ऐसी कि इत्यादि पुरावा और ज्ञान ज्ञान की सारी विनियोगी ऐसी एवं इन्स्पेक्शन को होती और "बौद्धिक" की कोई प्रमाण या विनियोगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmiipathi N
Munagala Outreach

Association for Children & Eye Care
A part of (Strabismic Eye Care Trust)
11th March 2012, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकाृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/04/23

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ठपपणे हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रधर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम २

Rich