

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/1221/2689

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

6/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dakshayani

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

42 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जावास्थीय स्थान

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : व्याप्त जावास्थीय स्थान

Bilivayya Kasala Hobli Kengal taluk  
Tumkur District KarнатakaKoshika  
foundationPreOp PO STOP  
2689 Dakshayani

OCCUPATION :

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

जल वाणिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पार्ट ज्ञाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
ज्ञाता आय का ज्ञाता है (जो मान्य हो तब पर सही कर निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS गरीबर विवरण

Sr. No.  
क्रम संख्याName of Family Member  
परिवार के अधिकारी का नामAge (Years)  
उम्र (वर्ष)Gender  
लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

Yogaraja

43y

M

Husband

Ashwini

15y

F

Daughter

Nenulatha

24

F

Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए चिन्हित उद्देश्य

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के भीतर प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जावा इति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)आय आय तर्फ़ द्वारा प्रदान  
(प्रमाण पत्र की जावा इति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)

(प्रमाण पत्र की जावा इति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof

अन्य कोई सम्बन्ध

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

①

Diagnosis

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/टीचर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE laterach

LÉ catrach

Emergency: RE cat-crash

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

Sr. No.

क्रम संख्या

①

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED

जो गई सहायता राशी

2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक 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 फॉर्म में लिखे गये अपनी विवाह से जातकीय की महापत्र यात्रा एवं महापत्र है। यदि कोई विवाह एवं कथन जास्त पाया जाता है तो मेरी महापत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जी महापत्र यात्रा "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपर्योग तभी उद्देश्य की भूमि के लिये विवाह जायेगा, जो इस फॉर्म में बता गया है।
- 3) मैं चुनिंदा करता हूं कि विवाह महापत्र होने वाला प्राप्ति की गई है, उस तरीके का अधिकार या महापत्र यात्रा कामनों से वे तो लिया है और न ही व्यक्तिगत में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने की साथ लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी महापत्र की चुनिंदा करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातकीय" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवाह इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दाता, वाचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों या उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवाह मेरे हस्ताक्षर के पास वा बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से महापत्र होने के नाम, पता, फोटो और विवाह जो कि यात्रा के उद्देश्यों से जुड़ा है युक्त महापत्र को हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातकीय का लिया जायेगा और बाकीहारी होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर वा अंगूठे का लिया

**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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मानसिकता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महापत्र होने विकलित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निन्द प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो छांसान और न ही व्यक्तिगत में वित्तीय महापत्र दिया गया साकारी सम्बन्धों या किसी अन्य घोटाले में सेवा या लो लें है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सम्बन्धों वज्र के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मार्फत होने कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र दिया गया अधिकार/साकार होने वाला है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से साकारता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चुनिंदा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गैर उक्त एंगूठी/घायले होने की विकलित की अन्य सम्बन्ध से जुड़ी लोगों/लोगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में लोगों गई महापत्र के बारे वित्तीय प्रकृति की है। गोंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई महापत्र या किसी गये उपचार/अंग्रेजी का चुनाव गोंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल वे लोगों के इनाम सुरक्षा और आपे जाने की साथी अधिकारी की द्वारा हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भविका या किम्बेदोरी इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach  
Institute for C...ees & Eye Care  
(A unit of Shrikrishna Eye Care Trust)  
# 16/M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area

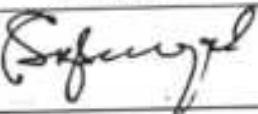
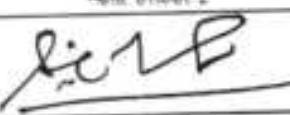
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नम्बर व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोंकरण की तिथि  6/12/24,	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. Phaco & Refractive SMMC No. 9924444444	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पताल 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पताल 2  
---	---