

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	Bl22412697	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	6/12/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS वय-वर्ष		SEX लिंग	
mahadevappa	63	m		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	9/0 mahadevappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान वाससीय पाला	yachavard amruthur Hobli kurnigal taluk Tumkur District Kurnigal			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तव आवासीय पाला	Dneor poshp 2697 mahadevappa			
OCCUPATION: ज्ञावसाध्य	unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. न्यायी साक्ष्य संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप अम नार याता है (जो नाम ही उम पर माहो का विश्वास लगाए)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Shivamma	504	F	wife
②	Baravappa	364	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL card (Attach Card Copy) परिवहन रक्त के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अम अम वार्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठाप्पोंसे कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RC-ratherack AC-codaack			
Surgery:- RE codapack				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 दिये गये ममी किएगा भौतिकीय के अनुसार बहुत ज्यादा सही है। यदि कोई विवरण इस कानून अनुसार पाया जाता है तो मेरी महामत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जी महामत दिया "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की भूमि के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में खट्टा नहीं है।
- 3) मैं चुनिधि करता हूं कि यह सहायता ही यह प्राप्ति की गई है, उस दिया का अंतिम या सकान हिस्सा किसी अन्य छोला/गियरबक/वीमा कामयादी से न हो सकता है और न ही भविष्य 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 it's Trustees to use/publish/pul-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति का आवाहन हमस्ताना या अंगठी की ताप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महामत की चुनिधि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और जी विवरण इस प्राप्ति में दोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, वाचनाका दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों वाले उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्तार माध्यम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इत्तम के बहाने पर बार में कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस कानून में सहायता ही कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि महामत के उद्देश्यों से प्राप्ति है जुड़े सकते; महामत का हफदा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का निर्णय अंतिम और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसकाना या अंगूठे का लिया



AGREEMENT by HOSPITAL (हमस्तान 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 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.

इसको अधिकृत, इसकी को यो से नामीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महामत ही मिलायी जाती है, जिसे हम (हमस्तान) निन इत्तम से भाव व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो तात्पर और न ही योग्य ये वित्तीय महामत किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसके लेण्ठीयमात्रे में लीने वा ले रहे हैं, येरे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय इत्तम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदर हीनु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महामत वित्तीय अधिकारी/सकाल हीनु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समाजावाद से महामत सेवन का अधिकार मुश्किल रखता है। इस चुनिधि में स्वरूप बदर उसके लेण्ठीयमात्रे हीनु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समाजावाद से नहीं सेवन होती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई महामत कोवत वित्तीय चुनिधि की है। योगी पर हमस्तान द्वारा दी गई मत्तह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हमस्तान के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई रखा नहीं है। इसकी विवरण हमस्तान में योगी के इत्तम सुधा और जने जने की मानविकताएँ जैसी एवं हमस्तान को होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विषयेद्वारा इस वापराने में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
16/M, Thimmeiah Road, Miller Town Bed Area

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

नाम व दर हमस्तान अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख <i>6/12/24.</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO "Dr. Laxmi Dorennavar" KMC MB 9024419. N	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु
---	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हमस्तान 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हमस्तान 2

Lakshmi