

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांगत)	 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	B/1125/2748	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sakumma		AGE-YEARS वय-वर्ष : 60	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	w/o Basavaraj		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान वासस्थान पता Batenahalli Thuguganahalli Hona kere Hobli Nagamangala Taluk Mandya District : कर्नाटक	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई वासस्थान पता		pre op postop 2748 Sakumma		
OCCUPATION : जबाबदारी	Coo. lie.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (जो का समय सहमत)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	25,000/-		(Attach Proof of Income) (जो का समय सहमत)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो आय अद्य कर देता है (जो मासिक दस पर सही का निशान लगायें)				
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 सम्बन्ध
①	Honnegowda	30	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आवाहन				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागू प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लख लेय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लागू प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को लागू प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाए की नई प्रतिवेदन भूमि संलग्न			
①	diagnosis	RE cataract	LE cataract	
②	Scugly	LE	cataract + PCTOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थान से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यज्ञः

- 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 साहाय्य करता हूँ कि इस प्रकार मैं दिये गये सभी क्रियाएं भेजे जानकारी के अनुसार सभी पूर्ण सही हैं। परं कोई क्रियाएं पूर्ण भावना अनुसार जाता है तो मैंने साहाय्य निरस भी जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जैसे साहाय्य करते हैं "कॉरिलक फाइल्सेप्ट", तो उसी तरह ही, उनका उपयोग उसी उत्तराय की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में घट गया है।
- 3) मैं युक्त करता हूँ कि किसी साहाय्य का लाभित ही नहीं है, उस तरीके का अस्तित्व यह मैल क्रिस्टल अन्न फॉर्मिन्योज़ा लीमा कन्फर्मी से न तो लिया है और वही भविष्य में रहेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

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 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 प्रपत्ति पर अपने इसकावर या अंतिम को छाप लगाकर, वे (अपोरेक) अपनी महारथी को पुरुष करता है एवं उस "कोरोनिक फार्मेंटेशन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्ति में जोड़ा गया है, उसे "कोरोनिक" एवम् न्यायी दान, वाचनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गवितिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये कियी गई प्रस्ता वाचन्यम्।

2) ऐ (नावेश्वर) इस बात से लड़ाया है कि भेद नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साकाश के दृष्टिरूप से प्राप्ति है मुझे लक्षण; साकाश का हक्कार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोरोनाका" प्रश्न उसके ज्ञानियों का विवरण लक्षण और व्याख्याता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञातेद्वय के अस्तित्व का अंगठे का विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL SIGN)

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.

इनमों अधिकारक इस्तमाली को और वे यापनीयोंने को "कानूनिक प्रदान-दर्शन" से विविध सम्बन्धों तंत्र विस्तारित की जाती हैं, जिनमें हम (ट्रैकर्स) नियंत्रित होने वाले व स्वीकार करने हैं।

1) वह कि व तो गांधीजी और व ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी ऐर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थील से उक्त एवं/या भारत में ऐसी या तो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोरिका फाइनेंस" से फिरकरिएवं विवरित उक्त के सम्बन्ध में "कोरिका कार्डबैंक" द्वारा मरम देता कि है। यदि "कोरिका फाइनेंस" द्वारा सहायता विवरी गांधीजी/सकर देता बन्दू जीव किए जाते हैं तो अस्थान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार द्वारा बंदूत है। इस दृष्टि में एक कहा जाता है कि अस्थान द्वितीय परद उक्त एवं/या भारत में देता कि है वैसे गांधीजी और सरकारी संस्था या किसी अन्य आधिकारी या गवी लोगों/लोगी।

2. "कोशिका फाइब्रोसिस" से टी यू ई संबंधित कोशल विकास प्रकृति की है। ऐसी भर हस्ताक्षर द्वारा टी यू ई संबंधित या किसे गधे डमचार/प्रकृति का "चुनाव रहे हैं एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाइब्रोसिस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में ऐसी को इसक सूक्ष्म और अनेकाने को याद रखने वाली किसी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किसी इस समान में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Name of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
OUTREACH BANDHANI
DIABE डॉ. व. प. लक्ष्मी शर्मा अधिकारी

वासन्तिक उपचार हेतु
Vasantha Eye Care Trust
Vasantha, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्वाक्षरी व्यक्तिगत 2

Sparrow

John G. Ladd