

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/1227/2465	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	13/12/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Shivamma	AGE-YEARS ३४-वर्ष	SEX सेंग 54 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	N/o Balavva	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जाबास्थान पाल Billore Kibaralal Tumkur (K)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जाबास्थान पाल Karnataka			
OCCUPATION: जबाबदारी:	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न)
PAN No.: स्थाई जाबास्थान संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप अयोग कर रहे हैं (जो मात्र से उस वर्ग सही का निशान लगाएँ):			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender सेंग
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनाई आधार			
MPL Card (Attach Card Copy) गरीबों टोडा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाबास्थान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द जाबास्थान प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाबास्थान करें)	Rajiv Card (Attach Copy) उपराजिका कार्ड (प्रमाण पत्र की जाबास्थान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए चिनाई का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयोगस्थ डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सम्बन्धी जालन		
①	Diagnosis - RF - cataract RF - cataract		
②	Surgery - RF - cataract - eye prosthesis eye prosthesis		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रकाश ने दिये गये सभी विवरण मेरी जालकारी के अनुसार सच्च एवं जटी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग्य पाया जाता है तो ऐसे सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जैसे सहायता गोपनीय "कोशिका काउन्टरेन्स", मेरी जटी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के उपर्युक्त किया जायेगा, जो इस प्रकाश में आया गया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूं कि यिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की जटी है, उस तरीके का आविष्कार या बकल हिस्से किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीम कम्पनी से न जैसे लिखा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/pull-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) हम प्रत्येक जा जाने हस्ताक्षर या अंगठी की तरफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की दृष्टि करता हूं कि "कोशिका काउन्टरेन्स और सहायता" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और का विवरण उस प्रकाश में संचित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, जालकारी सहायता द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसा भव्यता से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है; मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इसाबन के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्टरेन्स" या जानी अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस जटा में सहायता हूं कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित हैं मुझे सच्च; सहायता का उद्देश्य जटी बनाता। इस सच्चाय में "कोशिका" एवं उसके नवीनीतों का लियोगी अधिकृत और जालकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का अंगठी का लिखान

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, हस्ताक्षरी को और मेरा मालिनी/रोगी को "कोशिका काउन्टरेन्स" से लिये सहायता हेतु विवरणीय की जटी है, जिसे हम (हस्पताल) जिस प्रकाश में सच्च करते हैं।

- 1) यह कि न तो बहसान भी न ही भविष्य में लिये सहायता किसी गैर जालकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/रायकार्ड में लिखे या नहीं हो है, ऐसे कि हमने "कोशिका काउन्टरेन्स" से लिया/रिहायी/विवरणीय उक्त के सच्चाय में "कोशिका काउन्टरेन्स" द्वारा सहायता विकली अधिकृत/सकल हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो अपनाया किसी अन्य गैर जालकारी संस्थान या किसी अन्य भवान या सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में सच्च कहा जाता है कि अपनाया द्वितीय प्रकाश उक्त रोगी/रायकार्ड से होती है गैर जालकारी संस्थान की ओर से।
2. "कोशिका काउन्टरेन्स" में लिये गये सहायता संबंधी लिये उक्ति को है। ऐसे प्रत्येक हस्पताल द्वारा एवं गैर जालकारी संस्थान या किसी अन्य भवान या सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इकाई सुधारा और जाने जाने की मार्गी विवरणीय एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" भी जारी धूमिका या लिप्पेशी इस व्यक्ति में नहीं होती।

Mr. Lakshminath

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradhha Eye Care Trust.)

15/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगठी की तारीख

Dr. Laxminath
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant of Dr. S. Regnachandra (with Stamp)
त्रिवेदी नगर, उत्तर कर्नाटक, भारत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जनरल उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

S. Regnachandra

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

Lakshminath