

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

### (Healthcare)

(五) 亂世之亂世

**Koshika**  
foundation

APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : B/1224/ 2896	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 23/12/2011	foundation Building block of life.		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम: chikkamma	AGE-YEARS: वय-वर्ष: 60	SEX: लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम: 10/0 Shankappa	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता: talukere ait post kasolli Hobli Tumkur Taluk Tumkur District 562117 Kilometre			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थाइ अवासीय पता: 11 -		PHOTO POSTCODE 2896 chikkamma		
OCCUPATION: जबाबद: House maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय की साक्ष्य संलग्न)			
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय ज्ञाप कर रहे हैं (जो मासिक डम पर 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: Shukhariah	Age (Years) उम्र (वर्ष): 64	Gender लिंग: M	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध: son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): महावका के लिये विनाशी उद्देश:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाग नहीं संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने घर की प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाग नहीं संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जाग नहीं संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महावका हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिगत/हाईटर में जारी की गई फैलिवेटर सूची संलग्न			
①	Diagnosis: RF catarract RF catarract HC catarract  Surgery: - RF cat. ITPC for			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महावका किसी आय व्यवस्था से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम: DBLS	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED नीं गई महावका राशि: 2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा संकेत पत्रः

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं संकेत करता हूं कि इस प्राकृत में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच वह जाती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ सकती है।
- मैं इस जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", से लेने का रही हूं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृत में भरा जाता है।
- मैं युट करता हूं कि यिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस तरीके का अविवाक या सकात निष्पक्ष अन्य स्ट्रोमलियोज़्क/वीमा कार्यकों से न तो लिया है और न तो भविष्य में दीया।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा करार)

- 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 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.
- 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.
- इस प्रयोग पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की चुनौत करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पासट और जो विवरण इस प्राकृत में दीया है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, सार, जाननामा द्वारा उद्देश्य में नुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियी जाए जायेगी।
- मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहृत है नुही स्वाक्षर जाहाज का हकदार नहीं बनता। इस सर्वोत्तम में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय का लियें अंतिम और बाख्यकारी होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर 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:
- 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.
  - 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 की जैसे से समझेंगे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकासित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) यिस प्रक्रिया में प्राप्त जाते हैं।
- यह कि हम से सम्बन्धित अंति वा अंत वा अंतिम में वित्तीय सहायता दियी गई जाकारी संस्थान या विकासी अन्य संस्थान में लेने वा देने है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता दिया कराने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याद देते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी आविष्कार/स्क्रान देते हैं तो अस्पताल किसी अन्य वा साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता देने का अधिकार नुहीं है। इस चूंकि वे स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उस एंट्रीयोग्यते हेतु किसी वा साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/देना।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बारे में वित्तीय प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या वित्तीय उपयोग/प्रक्रिया का जुनाव योगी एवं अस्पताल वा अधिकृत का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई दर्शन नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में लेनी वा इसका गुणा और जाने की जूना विवरणीय गोंगे एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी अन्य सामग्री में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संमति

*Mr. Lakshmipathi N*  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंगेश्वर की तिथि  
*23/12/24*

*Dr. Laxmi Dorennava\**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant Diabeto & Refract.  
KMC No. 99244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

*Safayal*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

*Lakshmi*