

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of Life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	BL0324/3021	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	22/3/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Kanthamma	AGE-YEARS वय-वर्ष	65 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	W/O Nanjaraaju. U.H	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती अवास स्थान पता varadenthalatti magade . bathenahalli Ranikarni karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: पर्याप्त अवास स्थान		11 -	
OCCUPATION: पर्याप्त स्थान	None mukher	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (अग्र वा अप्राप्त संतान)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्याप	₹ 545/-	Yes / No हाँ / नहीं	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप वार याक हैं (जो मात्र ही उस पर मही का वित्तन लगाते)			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	Nanjaraaju	61y	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विचारी आवाहन			
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाप प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप अप वर्ग प्रकाश पत्र (प्रमाण पत्र को जाप प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जाप प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: माहायत हेतु किसे गर्व विचारी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से आयी की गई प्रतीवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis RT cataract LT cataract		
Surgery:- AE cut + P.G.O.L -			
ASSISTANCE BEING AVERLED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVERLED ली गई सहायता राशि	
①	DBS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए-

- 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.

1) मैं कोशिका काल्पना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये मरीचिकाण से जानकारी का अनुसार सत्य एवं यथा है। परं कोई विकल्प एवं कथन अन्यथा पाया जाता है तो मेरी सहायता निवास की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जौ महायात्रा यात्रा "कोशिका काल्पना यात्रा", से लौ जा रही है, उसका तारीखांग उसी उल्लेख की पृष्ठी के सिवे किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।

3) मैं पूर्ण करता हूँ कि यिस सहायता को इन्हीं यह प्राप्तियों की गति है, जब यात्रा का अवलोकन साकारत हिस्सा किसी अन्य सौरांतिकोवालीमी कम्पनी से न तो शिल्प है और न ही व्यापार में शामिल है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन 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/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 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 दस्तावेज पर अपनी हस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (अवधिकारक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि एवं काम, पता, फोटो और जीवन इस प्रयत्न में योग्यिता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, साकाशना द्वारा उद्देश्य से नुहों परिवर्तितीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वापसी से प्रसंसार करने के लिए अधिकृत है: ये दारणा का विवरण ये इस्तेवा के चलते या बार में करने के लिए "कोशिका चालाईमर" न न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवधिकारक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने न्यासी, पता, फोटो और विवरण जीवन सहमति के उद्देश्यों से प्रतीकृत हैं युद्ध स्थल: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" इसके न्यासियों का गिरिया अस्तित्व और कामकाली होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

प्राचीन विद्यालयों की



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL का सहमति)

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:

- (Hospital) Hereto 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.

इन्हें अधिकारी, इवानस्टी को जैसे मामलोंसे लेते हुए "कांसिलर पारान्देशन" में वित्तीय सहायता हांग लिपकारि को बताती है, जिससे हन (इम्प्रेसन) विषय प्रकार में याचन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही पार्श्वमें लिखित माहापत्र किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्रोत से उक्त गोरी/धम्पले में लेने पा से रहे हैं, जैसे कि इनमें "कांशिका फाड़न्हेसन" में लिखा हुआ विवरित उक्त के सम्बन्ध में "कांशिका फाड़न्हेसन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कांशिका फाड़न्हेसन" द्वारा महापत्र विचार अधिकार/सकल हेतु यन्हु जही किए जाते हैं तो अस्यापत्र किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सामग्रीन से महापत्र लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्वयं कहा जाता है कि अस्यापत्र द्वितीय पदर उक्त गोरी/धम्पले हेतु किये गए सरकारी संस्था वा किसी अन्य सामग्री से जही लेने/खरीदी।

2. "कोटीशक प्राणदंडन" से लौ गई सलाहत केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा यह गई सलाह या किसे यहे उपचार/प्रक्रिया का सुनाव ऐसी एवं हस्ताक्षर की ओर का विषय है और "कोटीशक प्राणदंडन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी को प्रत्यक्ष सुनाव और आने जाने की सही किम्बेहाई ऐसी एवं हस्ताक्षर की होती और "कोटीशक" की कोई भूमिका या किम्बेहाई इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संसाधन

Date of Surgery

**Dr. Laxmi Dorennavar  
MBBS,MS,FRPS,FICO**  
**राजस्वामी (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)**  
**काशी अस्पताल नं. ३, रोड ३.**

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
Institute for Dissemination of Authorised Signatory  
(Name Designation of Authorised Signatory  
of Shriram Birla Hospitals Trust.)  
Thirumalai Ramaswamy, MD, DNB, MRCP  
Consultant Endocrinologist, Endocrinology and Diabetology

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक्ष उपयोग के लिए

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

Digitized by srujanika@gmail.com

Eric