

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राकृत्य

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या : **B/0324/3056**APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि : **26/3/24**NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम : **shivalingappa**AGE-YEARS वय-वर्ष : **65** SEX लिंग : **M**FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम : **S/0 Ramaiah Shettar**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती वास स्थान आवासीय घर

**Varchatti Arasikere Hassan Kurnool,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय घर

**Post-OP  
3056 Shivalingappa**OCCUPATION:  
पेशावार**unemployed**

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
वास्तु वार्षिक आय**3000/-**(Attach Proof of Income)  
(आय का स्वाक्षर संलग्न)

PAN No. स्पर्धा नंबर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता है (जो नाम हो उस पर सही का निशान लगाये):

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.  
क्रम संख्याName of Family Member  
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)  
उम्र (वर्ष)Gender  
लिंगRelation with Applicant  
आवेदक के संघर्ष सम्बन्ध**①****Ramkumar****364****M****son**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये दिए गए आधार: BPL Card  
(Attach Card Copy)गरीबी देश के लिए प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री मौजूद है) EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)अल्प अवृत्त वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री मौजूद है) Ration Card  
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री मौजूद है) Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साझा

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची मौजूद

**①****diagnosis****RT= cataract****LT= cataract****Summary: RC cat + PLTOL.**ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु 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 AVALIED

तो गई सहायता राशी

**①****PRCS****2000/-**

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषित करता है-

- 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 रिये गये सभी विवरण मेंी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। नहीं, कोई विवरण एवं काम असत्य पाया जाता है तो मैंने सहायता निष्ठा की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी सहायता गया "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उम्रका उम्रकी तरीके द्वारा जी सहायता गया जाती है। इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुराणे करता हूं कि विवर सहायता ही है यह अपेक्षा की गई है, उम्र यादि जो कोशिका या सहायता की बाबत विस्तृत विवरण जीवन कामकारी से न हो लिया है और न ही खोजना में सुना।

**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/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.
- 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 प्राप्ति पर अपने इस्तमाल का अंगठी की ताप सहायता, मैं (आवेदक) आपकी सहायता की पुराणे करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को नीतिकृत करता हूं कि यह सत्य, यात्रा और जीवन का विवरण इस प्राप्ति में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, याचार्या एवं उसके उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ता याचार्य से प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। ये प्राप्ति का विवरण में इसका कोई जाति या वर्ष से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाहर से सहायता है कि यह सत्य, यात्रा, याचार्य और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है यहाँ स्वतः सहायता का उक्तादर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का नियम अविवादी बाबत जापकारी होता।

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

आवेदक के उपरान्त या आगे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तमाल 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.

इसारों अधिकृत, इस्तमाल की ओर से ज्ञातीयों द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से विलियं प्राप्ति की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवरण से सत्य व स्थोकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो अस्तित्व और न हो अधिकृत में विलियं प्राप्ति सहायता किसी गैर जानकारी संबंधन या विवरण ज्ञात स्वतंत्र से उक्त संस्थानों में लेने या ले रहे हो जाते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विपरीतान्विती उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह दाता किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण ज्ञातीयों/सकारात्मक होता है तो उसका नहीं किया जाता है तो उसका नहीं किया जाता है। यहाँ ज्ञान और जानकारी संबंधन या विवरण ज्ञानी अन्य सम्बन्धन से सहायता देने का अधिकार मूर्चित रखता है। इस पुराणे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तमाल द्वितीय पद्धति उक्त संस्थानों से होनी जैसे कि ज्ञानी अन्य साधारण से नहीं होती होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जी गई सहायता कंचल विवरण प्रकृति की है। ऐसी पर इस्तमाल द्वारा ही गई सत्याः या विवरण ज्ञानी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई उचित नहीं है। इसलिये हस्पताल में जीसे के इसका सुरक्षा और जाने जाने की सही विवरणोंहीं जी एवं हस्पताल की होनी जैसे "कोशिका" की कोई खुमारी या विवरणोंहीं इस प्राप्ति में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi  
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)  
On behalf of Shradha Eye Care Trust  
# 16/M, Thirumalai Road, MILIT. Tank Bed Area  
Chennai - 600009, Tamil Nadu, India  
Mobile: +91 98400 00000  
Email: info@shradhaeye.org  
Website: www.shradhaeye.org

Date of Surgery अंगोरण की तारीख  26/3/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Rhaco & Refractive KMC No. 90244	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनावेदक उपयोग के लिए
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2