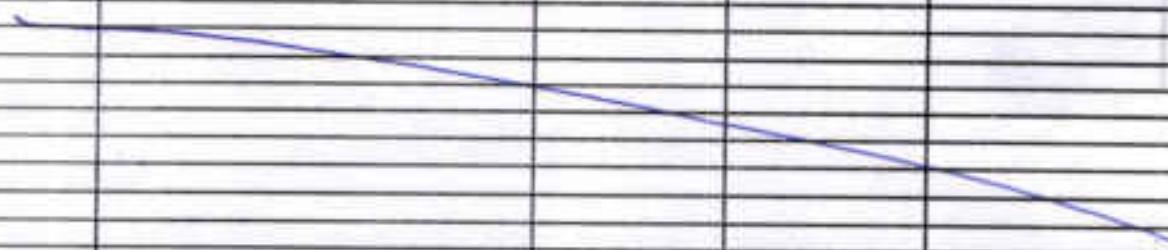


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या : <b>B10325/4189</b>	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : <b>19/3/25</b>			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : <b>Kempamma</b>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <b>69</b>	SEX लिंग : <b>F</b>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कर्तव्य का नाम : <b>N/o Ke.mpegowda</b>	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बसान अवासीय पाल <b>H.no-28, muddangere, Krishnagiri Taluk, Mandya District, Karnataka</b>			
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासीय पाल <b>— 1 —</b>		<b>पोस्ट पोस्ट 4189 Kempamma</b>	
OCCUPATION : जब्तसाधन : <b>Housewife</b>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जब्त का साध्य संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME : जूत वापिक जब्त <b>—</b>				
PAN No. स्थाई जब्त संख्या : <b>—</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कब जब्त अपने का दाता है (जो महन हो उस पर सही का विशेष संलग्न)			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 लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
				
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेता के गोदे प्रमाण पत्र (ज्ञान पत्र को जापा प्रीत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म अपने वर्ग प्रमाण पत्र (ज्ञान पत्र को जापा प्रीत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (ज्ञान पत्र को जापा प्रीत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विभिन्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached ज्ञानपत्र/दायित्व से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<b>(D) Diagnosis :</b>	<b>REcatall RF colic</b>			
<b>Symptom :- RECAT-PCJOL</b>				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED जो गई सहायता राशी		
<b>(D) DBGS</b>		<b>₹1000/-</b>		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट 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 पूरका करता हूँ कि इस जारी में दिये गये सभी विवरण में सही जानकारी को अनुमता सम्पर्क एवं जरी है। परि कोई विवरण या कामना अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।

2) यो द्वारा यो सहायता राशि "कारोबारी कारोबारीन", में जी जा रही है, उपरा वर्णित तरीके उद्देश्य को पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।

3) मैं परिकारा हूँ कि यिस सहायता हेतु यह लाभनाल की गई है, उस दौरान का कारोबारी का छापा विवरण अन्य दोषी/दोषिका/दोषीम वापरी से न से लिया है और न हो भविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (簽名及蓋章)

- 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 प्रपत्र का अपने हस्ताक्षर या अंकों की स्थाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फार्मार्सन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, घर, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में चाहिए है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दून, याचना/फा इसरे उद्देश्य से प्रयोग करिवायी जाए। उन्नायियों के लिये किसी भी प्रस्तुत माध्यम से इसायित करने के लिए अधिकृत हूं। मेरे उद्देश का विवरण यों इन्हाँ के गहरे पा बार में करने के लिए "कोशिका फार्मार्सन" का न्यायी अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस पत्र से सम्मत हूं कि मेरा नाम, घर, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं नुस्खे अवृत्त; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस भव्यतम पर "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विश्व अतिव और काव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR 1 EFT THUMB IMPRESSION:

प्रतिक्रिया की विधि



AGREEMENT by HOSPITAL (અર્જી દ્વારા પત્ર)

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.

इसी अधिकार उत्तमता को लें से व्याप्ति/रोगी को "कौशिका वाटान्हेसन" में विशिष्य महापात्र तंत्र विधिवत् की जाती है, जिसे हम (हायन्त्रान) जिन उत्तर से गया व खींचत करते हैं।

- 1) यह कि न हो कामना तीर न हो धर्मिय में विशिष्ट समाजपाठ किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उत्ता देंगे/प्राप्त करेंगे जो तो होते हैं, जैसे कि इनमें "कांशिका फाइनेंस" में विशिष्ट विविध उत्ता के सम्बन्ध में "कांशिका फाइनेंस" द्वारा घटर होते कि है। यदि "कांशिका फाइनेंस" द्वारा समाजपाठ विविध विशिष्ट संस्कार होते मन्त्र नहीं किया जाता है तो समाजपाठ किसी अन्य गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध से समाजपाठ भेजे का अधिकारा सुधिता स्वतः है। इस पूर्ण में सब कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय घटर उत्ता देंगे/प्राप्त करेंगे होते कि गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में नहीं देंगे/प्राप्त करेंगे।

2. "कांशिका फाइनेंस" में ती-गई समाजपाठ कंचल विशिष्ट प्रकृति की है। उंगी पर हस्पताल द्वारा ही गई समझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उंगी पर हस्पताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का तोहं रखा नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उंगी को इलाज सुनाव और जाने की सभी विविधताएँ उंगी पर हस्पताल में नहीं होती।

Mr. Lakshmi pathi N

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

#### **Manager Outreach**

Institute for Diabetes & Eye Care

Institute for Dry Eye Disease  
(A unit of Stratford Eye Care Trust)

# 163M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area.

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

ਨਾਮ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀ ਸ਼ਬਦਾਲ ਅਧਿਕਾਰ ਅਧਿਕਾਰੀ

Digitized by srujanika@gmail.com

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE संवीकृती के लिए संस्कृति		Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
Date of Surgery अपेक्षित की तारीख <i>19/3/26</i>	<b>Dr. M. PAINTHRA - MBBS;</b> MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Name of Dr. & Regn. No. with Stamp कृपया डॉ. का नाम और नंबर स्टॅम्प के साथ दर्ता करें Vasanthnagar, Bangalore - 50 FDDI INTERNAL USE BY ROGNA FOUNDATION KMC No-91567	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पित के प्रतिनिधि की आनंदिक उपलेख हैं।
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी: हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी: हस्ताक्षर 2 <i>Licab</i>	