

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0425/0216	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Chikkamadiah	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	SEX लिंग:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी का नाम:	S/o Basavegouda			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासधान अवासीय पता:		Channapilla Eppalur malavalli (P)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता:		mandya (M) kalvatti		
OCCUPATION: अवसाय:	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न)	
N No. नम्बर संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मात्र ही उस पर साड़ी का निशान लगता)				
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 साझा
15	chikkathayama	68	M	wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रोपा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प जन वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घासियार से चारी की गई प्राइवेट सूची संलग्न			
14	Diagnosist- RE - catalact LE - catalact			
15	surgery- RE - catalact + pival			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशि		
16	DBS	1000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा करें:

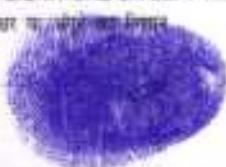
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रत्यक्ष बताता हूं कि इस प्रश्न पर दिए गए सभी विवरण मेरी जाहाजी के उपयोग का एक हिस्सा है। यह कोई विवरण एवं काम अपने पाया जाता है तो मेरी जाहाजी विवरण की तरफ नहीं है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाहाजी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की भूमि के लिए किया जायेगा, जो इस आवश्यक में भाग लेता है।
- 3) मैं पुष्ट बताता हूं कि विवरण जाहाजी सेवा पर आवेदन की गई है, उस परिणाम का विवरण यह सकल विवरण मेरी अन्य संस्थानोंवाली कम्पनी से न हो जिया है और न ही विवरण में दर्ज है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा करार)

- 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर आपने इसका यह अंगठी को जाहाज लकड़ा, मैं (अवेदक) आपनी जाहाजी की पुष्ट बताता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत बताता हूं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न पर दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, राज, जाहाजी/संघ एवं उपर्युक्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार व्यापक या व्यापक उपयोग के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण में उल्लेख के बातें या चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात में सहमत हूं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि जाहाजी के उल्लेखों में प्रसिद्ध है उसी तरह जाहाजी का हक्क यही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का नियम अधिकृत और वापकताएँ होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर व अंगठी का लियार्ड



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:

- 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.
- इसी अधिकृत, उपलब्धी की तरह से आपसनेही को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जाहाजी सेवा में विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न बातों में जाहाजी का लियार्ड:
- 1) यह कि न हो जाहाजी और न ही व्यापक में विविध जाहाजी का विवरण जाहाजी के विवरण में स्वयं से उल्लेख स्वयं से उल्लेख के तरह होता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उल्लेख के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर्द होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विवरणी अधिकृत/सकल हैं या नहीं वही विवरण जाता है तो अन्यतर विवरणी अन्य तरह जाहाजी संस्था का विवरण जाहाजी का अधिकारा, सुरक्षा रखता है। इस पुष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अन्यतर ट्रिलीय पदर उल्लेख की अपेक्षा जाहाजी का विवरण में नहीं संलग्न होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जी गई जाहाजी बीच विविध प्रकृति की है। यहां पर इसका द्वारा दी गई जाहाजी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दी गई है। इसीलिये हम्मताल में युग्मी के इसका युग्म और आने जाने की सम्भावनाएँ एवं हम्मताल की होगी और "कोशिका" की जाहाजी पुष्टि का विवेदारी इस जाहाजी में नहीं होगी।

Mr. LAKSHMI PATHI N

Senior Manager

OUTREACH BAN

DIABETES & EYE HOSPITAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Vasanthi behalf of Hospital)

नम व वर हम्मताल जाहाजी अधिकृत

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Dr. RAJITHRA MBBS,

MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर का नाम है

Vasanthi Manager Bangalore 560045

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

जानकारीका उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2