

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखाचाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B 0425 032H	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/4/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS वय-वर्ष		SEX लिंग
Mahadevappa महादेवप्पा	70	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्त्रम् वा नाम	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान बसानीय पाल + Kannigahaballi Karatapura (2) Ramarajpet (0) Kalataluk		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पाल			
OCCUPATION : निकाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वाय	(Attach Proof of Income) (वाय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्टार्ट लाला संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): वाय अधिकार लाभ कर रहा है (जो माय ही उस वाय का निशान लगाए)			
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 चिन्हित अधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अधिकार लाभ वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Rajiv Card (Attach Copy) दरभानकाल कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई गारंटी
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से आई की गई आविषेन सूची संलग्न		
9	Diagnosis:- RF - catarract + G pseudophakia		
28	Surgery:- PE cataract + presel surgery.		
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	
15	DBA	9000/-	

DECLARATION by APPLICANT: नवेंक द्वारा संलग्न पर:

- 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 लोकल काला हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार यथा एवं यही है। यही कोई विवरण एवं कामना अन्यथा यथा जाता है तो मैंने सहायता दिलाने की जा सकती है।
- 2) यही द्वारा जो सहायता दीजी "कोशिका फाउंडेशन", में यही जो यही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में यथा यथा है।
- 3) मैं पुष्ट काला हूँ कि विस सहायता हांगु यह प्राप्ति को गई है, उस सीधा का नियमित या साकल हिस्सा किसी अन्य चोरानियोंबाबीमा कमाती में न ले दिया है और न ही भविष्य में है।

AGREEMENT by APPLICANT (नवेंक 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की साथ सुलगाका, मैं (नवेंक) अपनी सहायता की पूर्ति काला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामों, यात्रा, यात्रा-संस्था द्वारा उद्देश्य से तुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार यथा यथा से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्राप्ति का विवरण भी इसके यहां पर्याप्त नहीं दर्शाता है तो उसके उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त यथा सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का नियंत्रण अविष्ट और बाधकारी होगा।
- 2) मैं (नवेंक) इस पाप में सहायता हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का नियंत्रण अविष्ट और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

नवेंक के उपरान्त पर अंगठे का नियमित



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्ति 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.

इसके अधिकृत, इसका अंगठी की साथ से यामलेखों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हांगु दिलायित की जाती है, जिसे हम (इस्पत्ति) निम्न प्रकार से यथा यथा सहीकार करते हैं।

1) यह कि न तो यांत्रिक और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उस ऐसी/ऐसलाई जो लोगों या से लोगों हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविहित उस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यहर हेतु किया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंतिकालकाल हांगु नहीं किया जाता है तो अस्पत्ति किसी अंतिकाल किया जाता है तो अस्पत्ति किसी अंत या अंतर्वासन से सहायता लेने का अधिकार युक्तिसंदर्भ है। इस पूर्ण में स्वाक्षर करता है कि अस्पत्ति द्वितीय यहर उस ऐसी/ऐसलाई हांगु किया गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में से नई सहायता की ओर विविध प्रकृति की है। ऐसी यह अस्पत्ति द्वारा यही यह अस्पत्ति के बीच का विवाह है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पत्ति में ऐसी के इसका सुरक्षा और अन्य जाने की साथे विवरण या एवं इस्पत्ति की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विविध इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMI PATHIN
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Koshika Foundation Trust)
on behalf of Hospital)
नम. का. १३२, इलाका, बैंगलोर-५२

Dr. M. P. Lakshmi Pathin

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Koshika Foundation Trust)
इलाका का नम. का. १३२, बैंगलोर-५२

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2