

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	B / 0525 / 0525	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 15/5/25		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	TR Venkata Ram	AGE-YEARS उमेर - वर्ष 80	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	S/o Ramabou	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पाल H 1732 3rd cross Badi		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्थान आवासीय पाल along Tiptur road, tumkur karnataka		
		Same as above		
OCCUPATION : प्रवृत्ति	Unemployed	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित) (Attach Proof of Income) (आप को साध्य संतुष्ट)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	—			
PAN No. आई.टी.एस. संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप जाय कर देते हैं (जो भाव्य हो उमा पर मही का नियमन लगाये)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<input checked="" type="checkbox"/> ग्राहक के लिए विनाश आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) ग्राहक रेग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उमेर आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग उत्तीर्ण संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) डाप्टीशन कार्ड (प्रमाण पत्र की जाग उत्तीर्ण संतुष्ट हो)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) ग्राहक के लिए विनाश आधार				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: ग्राहक हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन मूली संतुष्ट			
<input checked="" type="checkbox"/> Diagnosis	RE PGDFL LF contract			
<input checked="" type="checkbox"/> Surgery	LF contract + PGDFL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायाता कियो अन्य स्रोत से संतुष्ट गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी.पी. महायाता राशि		
<input checked="" type="checkbox"/> ग्राहक के लिए विनाश आधार				

DECLARATION by APPLICANT: नवीकरण द्वारा संकेत पत्र:

- 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 करता हूं कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण मेरी सहायता के अनुसार मात्र एवं सही हैं। यदि कोई विवरण यांत्रिक कारण असाधारण जाता है तो मेरी सहायता निरापत्ति की जा सकती है।
 - 2) मेरा द्वारा की सहायता यांत्रिक कारणोंके लिए नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए विवरण जायेगा, जो इस प्रकाश में प्राप्त है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह आवश्यक की गई है, उस तरीके का लोकल प्रयोग करने के लिए विवरण जायेगा, जो इस प्रकाश में नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करता)

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने इस्तमाल का अनुमति द्वारा लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका कारबैंडेशन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित हैं, यांत्रिक जायांत्र, दाता, बालबन्धना दूसरे उद्देश्य से चुनी गयी विवरणों और उपलब्धियों के लिए विवरण यी प्रकाश भाष्यक में प्रकाशित करने के लिए अनिवार्य है। ये प्रकाश का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कारबैंडेशन" के नामी अधिकृत है।
 - 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है पुष्टि जाता है, सहायता का लकड़ार जीवी जाता है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं "उपलब्धियों का विवरण अधिकृत और बालबन्धनी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के इस्तमाल के लिए या निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

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.

मात्रा अधिकृत, हस्पताल की ओर से यापत्तेहोती को "कोशिका कारबैंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से याप्त कर्त्तव्यानुसार करते हैं।

- 1) यह कि न ही नामांकन और न ही अधिकृत में विवरण सहायता विकारिता ने सहायता संस्थान या विवरणी अन्य स्त्री से उक्त एवं उपलब्धियों में लौटे गए हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कारबैंडेशन" से विवरणी/विवरित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका कारबैंडेशन" द्वारा प्रदान हो रहा कि है। यदि "कोशिका कारबैंडेशन" द्वारा सहायता विकारिता लोकल/स्थानीय हेतु गम्भीर नहीं विवरण जाता है तो अस्पताल विवरण प्रदान करता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उक्त गोदान/उपलब्धियों हेतु विवरण नहीं लाना चाहिए। यह अधिकृत संस्थान या विवरणी अन्य स्त्री संस्थान से नहीं लोगूहोती।
- 2) "कोशिका कारबैंडेशन" में सी गई सहायता कंसल विवरण प्रदूषित की जाती है। यही जो हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विवरण गई उपचार/प्रक्रिया का नुसार दी गई एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका कारबैंडेशन" द्वारा विवरणी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इन्हीं विवरणों में दी गई कोई उल्लंघन सुरक्षा और अन्य जाने की सही विवरणी होनी चाही एवं हस्पताल की होनी चाही "कोशिका" की कोई पूर्णता या विवरणी इस व्यापक में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. M. MINTHRA MBBS

Mr. LAKSHMIPATHI

Date of Surgery
अंतिम दिन की तारीख
15/11/2024

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of National Eye Bank Trust)
Vasant Nagar, Bangalore-52

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Bank Trust)

KM6 INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्बोधन केन्द्र, बंगलोर, कर्नाटक, भारत, बंगलोर-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवीकरण द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवीकरण द्वारा