APPLICATION No. : आतंदन संख्या : NAME of APPLICANT : अतंदक बार खम FATHER'SISPOUSE'S NAME वितासहरूप को नाम	B/0525/0534 Ramakka Wanjamari PRESENT RESIDENCE ADDRES	APPLICATION DATE SIRES IN TO THE AGE-YEARS	11/23	foundation Building block of life
आवेदक या जम FATHER'SISPOUSE'S NAME जिल्लाकटुम्प को गम	Ramakka Wonjamari	AGE-YEARS	and the last of th	
विता/कटुम्प का नाम	TO CO TO THE TO MAKE I	-	B	
	PRESENT RESIDENCE ADDRES			
		85 वर्तमान आवासीय प दिलाजाराः (3
	Ko hero-ya ka na halli Pos PERMANENT RESIDENCE ADDRES	र्ग <u>17 श्राहत</u> इंड : स्था आवासीय पत	Tankor	preop posto
	Grame as at	nue.		0534 Ramakke
OCCUPATION :	UNEMPLOYED	0	MARRIED (FINISH)	/ UNMARRIED (STREETS)
OTAL ANNUAL INCOME : हुस गापिंह आप			(Attach Proof of In (अरथ कर मास्य सं	
PAN NO. FUTE GETS THEFT URE YOU AN INCOME TAX A	SSESSEE (Tick whichever is applicable): मान्य हो उस पर सबी का निशान लगाये।	Yes / t		
या आन आय कर दोता है (जा	A STATE OF THE STA	शं / १ AMILY DETAILS परिव	- Contract	
Sr. No. कम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তমু (ফর্ম)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध
2	Manjumble RN	43	M	San
				1024
	BASIS for REQUESTING AS सहायक के जिले फिलीट		hever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण (प्रमाण पत्र की सामा जीत संसर	पत्र आर्थ आर्थ वर्ग प्रमाण पत्र	(A)	tation Card thach Copy) रपोचता कार्ड ही ब्लाह प्रति संतरण करे।	Any Other Besis/Proof अन्य कोई सास्य
		REQUESTING ASSIS		
Sr. No. क्रम संख्या	¥	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/वॉक्टर में जारी की गई प्रतिनेदन सुची संलग्न		
- 1	Il con cools	BE Cotract		
7	Diag rosis			
	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE			
2)	SALDELA		The code	act + PCTOL
10 1904	ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	
die Me	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	य सहायता किसी अन्य	स्थोत से लिया गया हो?	
Sr. No. 314 10541	NAME of OTHER SOUR! अन्य स्थीत कर नाम	GE		ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता छत्ती
D I	DBC		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आपेश्रह द्वारा गरेगण गाः

- 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.
- में घोषण कात है कि इस प्रक्रम में दिये तये सभी विकास मेरी वापकारों के अनुसार साथ एवं सभी है। यदि कोई विवारण एवं कावन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निवास की जा सकती है।
- 2) भी द्वारा जो सहायार राति "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा गती है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में परा गता है।

AGREEMENT by APPLICANT (stricts git wort)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की साथ लगाकर, में (अवदेश्क) अपनी सहयति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फाउं और जो विकास इस प्रपत्त में प्रियेश है, उसे "कोशिका" एसम् न्यासी, यान, माननात्र्या दूसरे उद्देशन से जुड़ी यतिकिथियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माननाय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विचास में इलाज के पताले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउडेंसन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा कम, पता, फोटो और विवारण को कि सहायता को उद्देशकों से प्रार्थित है पुत्रो स्वत: सहायता का तकदार नहीं कराता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय और बान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेदक को हमताबा या लंड्डे का निराम



AGREEMENT by HOSPITAL (\$44000 gri wor)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोणी को "कोशिका फडरन्देशन" से जितिय स्तायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि ने तो पर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य न्वंतर से उक्त एंग्रेन्यपाले में लेंगे का ले रहे हैं, कैसे कि हमने "कोशिका फाउन्बेशन" से तिप्यारिका किया निर्माण किसी अन्य स्थापता किसी अन्य संस्था के कि अस्पारत किसी अन्य संस्थान से सामान लेने का अधिकार सुरक्षित रक्तत है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पारत दितीय सरद उक्त ग्रेगी/कामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्तत है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पारत दितीय सरद उक्त ग्रेगी/कामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउनोशन" में ली गई महामत्त्र कोमल मिर्किय प्रमृति की है। गेगी पर हम्पताल द्वारा ती गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुरुष रोगी एवं हरपताल
- के बोल का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रचार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये कस्पालन में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पालन को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिका या किस्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्त का क्योंकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** MS Consultant Ophthalmologist Senior Manager ऑपरेशन की शरीख OUTREACH BANGALORE or sed Signatory Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) DIABETES & EVE HOSPITAL Vasanthand 用种中的种种或者由它 (A unit of Shraddha Eve Care Trust) KIN FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION Westanthanagar Bangalore-52 SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताधर । न्यासी हमताधर 2