

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0925/1819

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/8/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Manulappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

90

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Channabharanagouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Majogendraballi, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

12

Pre OP- Post OP
1819-Manulappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. नयाँ खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे या दोनों का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Bhysamma	85	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु चिये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र प्रतिलिपि संलग्न
1.	Diagnosis 12E - IOL LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cat + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता का बयान है:

- 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 Kashiika 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.
- 4) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न के बिना मैं इस निवेदन में आवश्यक सभी जानकारी को अनुमान लगा नहीं सकती हूँ। यदि कोई निवेदन एक सफल प्रश्न प्राप्त करता है तो मेरी जानकारी निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर यहाँ पर "कौशल विकास निदेशिका", जो मेरी जा रही है, उसका उपयोग नहीं करना और मुझे के बिना बिना बिना, जो इस प्रश्न में प्राप्त है।
- 6) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं निवेदन बिना यह प्रश्न की नहीं है, यह नहीं कि निवेदन या सफल निवेदन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से निवेदन है और न ही निवेदन में निवेदन।

AGREEMENT by APPLICANT (update Q11 1991)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/produce 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस उपाय या अपने इच्छा या जोड़े को प्राप्त करना, मैं (अर्पितक) अपनी पहचान को प्रस्तुत करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके न्यायीयों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उपाय में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपाय का विवरण को प्राप्त करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्राप्त करने के उद्देश्य से प्रयोग है पूर्णतः मेरा उपाय का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

असिम्बा की आवाज़ का आनंद था।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर ३०१, ३०२)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

13. यह कि न तो संसदगत और न ही अधिकांश में विधित्त आधारित किसी भी साक्ष्य की संभावना या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त सीधी-प्राप्ति में कोई या तो है ही, बल्कि कि इनमें "अधिकृतता प्राप्त" है। विधित्त आधारित प्रमाण में आधार न केवल "अधिकृतता प्राप्त" द्वारा प्राप्त हो कि है, बल्कि "अधिकृतता प्राप्त" द्वारा प्राप्त विधित्त अधिकृतता प्राप्त हो सकती है। किंतु यह है न कि आधारित किसी अन्य भी साक्ष्य की संभावना या किसी अन्य संभावना से प्राप्त होने का अधिकार, सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आधारित विधित्त और उस सीधी-प्राप्ति से किसी भी साक्ष्य की संभावना या किसी अन्य संभावना से नहीं सीधी-प्राप्ति।

2. "बौद्धिक सम्पदा" से की गई व्याख्या अंग्रेजी विधि प्रकृति की है। ऐसी या व्याख्या इस से यह ज्ञात हो कि यह व्याख्या का मुख्य उद्देश्य क्या है।
 3. "बौद्धिक सम्पदा" से की गई व्याख्या अंग्रेजी विधि प्रकृति की है। ऐसी या व्याख्या इस से यह ज्ञात हो कि यह व्याख्या का मुख्य उद्देश्य क्या है।
 4. "बौद्धिक सम्पदा" से की गई व्याख्या अंग्रेजी विधि प्रकृति की है। ऐसी या व्याख्या इस से यह ज्ञात हो कि यह व्याख्या का मुख्य उद्देश्य क्या है।
 5. "बौद्धिक सम्पदा" से की गई व्याख्या अंग्रेजी विधि प्रकृति की है। ऐसी या व्याख्या इस से यह ज्ञात हो कि यह व्याख्या का मुख्य उद्देश्य क्या है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 मधीलचाही के लिए धन्यवाद

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Date of Surgery
 2000-01-01

12/9/25

U.S. DO, FRO FROM
Scribble: Cerebral and Facial
Cerebral and Facial

(Name of De & Regn. No. with Stamp)
 राजार का राज व इलाका व दि. २.

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Siddhanta Eye Center Trust)
Vasanthnagar, Bangalore - 56

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE _____
 JAMES W. HUNT

Exempl

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती इगतार 2

list