

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 13/0925/1823		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 12/9/24				  PreOP-PostOP 1823 Channamma	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Channamma		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65		SEX / लिंग : F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम : Huchanna							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : Huchkotte, Tiptur, Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई निवासी पता : 11							
OCCUPATION / व्यवसाय : Homemaker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : —				(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / आय का प्रमाण संख्या : —							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : ☐ Yes / हाँ ☒ No / नहीं							
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण							
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) / पीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण ☒	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य							
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/वैद्यकीय से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न						
1.	Dignosis			RE - Cataract LE - Cataract			
2.	Surgery			LE - Cat + P210L			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?							
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਕੌਰ ਕੌਰਾ** 13:

- 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/sanctioned.
- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान आया तब मैं इसे मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही बताऊँगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कश्मिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मैं, अपना प्रयोजन, यहाँ उद्देश्य की पूर्ति के लिए प्राप्त करूँगी, उसे इस प्रश्न में बता रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायक से या अन्य स्रोत से राशि का भुगतान या वापस किया बिना अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से प्राप्त है और मैं इस राशि का प्रयोग केवल

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/distribute/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 द्वारा जो अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा अपनी पत्र, पत्रिकाएं पुराने उत्प्रेषण से पुराने विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सामान्य में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण जो इसमें जो करने या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सामान्य के उत्प्रेषण से अधिक से पुष्टि करता; सामान्य का हस्ताक्षर जो करता। इस प्रकार मैं "कोशिका" द्वारा अपने भरोदारों का लिखित और पत्रिकाओं द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आयोग के सदस्य या आगें का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL: (TAMAM İSTİFADİ)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
 (Authorized Person's Name) 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.

in this matter.

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षणी के लिए सीमावर्ति

Mr. LAKSHMIPATHI N

~~25-01-2004 14:00:00~~

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

10. **Model of Shared Eye Care (USEC)**

Vasantnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
 2008-01-01

जोड़कर की जाये

12/9/25

100

1800 06 500 0000

[illegible]

Quantifying Chemical and Physical

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरणे

SIGNATURE of TRUSTEE 1

● 1999年10月1日

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमि तस्मात्पुनः ॥

2020