

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Trust of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		130925/1906		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :		20/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Rangamma		AGE-YEARS (वर्ष) :		58	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम :		Dr. Kuttappa		SEX (लिंग) :		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
- Atact: Bangalore, Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
OCCUPATION : व्यवसाय							
- Home maker							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय							
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)							
PAN No. (यदि प्राप्त हो) :							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आम आय करदाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर चिह्न लगाएं)							
Yes / हाँ / No / 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 सम्बन्ध			
1	Mohan Kumar	48	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अलग प्रमाण पत्र प्रस्तुत करें (अलग पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) रशनकार्ड का प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्न कारण:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रातिपदक से चर्चा की गई चिकित्सा दृष्टि प्रमाण						
1	Diagnosis - RE - cataract						
2	Diagnosis - RE - cataract						
3	Diagnosis - RE - cataract + p.c.s.c.						
ASSISTANCE BEING AVAILED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: NONE ON FILE YX

- 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 Koethika 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 सच कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सच असल सच सच है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि "कोथिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इसकी मदद से, उस सहायता के अतिरिक्त या इसकी मदद से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach on next page)

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्पष्ट कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन को अपने नाम/पता/चित्र, यहाँ और जो विषय इस प्रकार से जोड़ा है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, फा. समिति/क. सम. समिति के द्वारा अपने या दूसरे व्यक्ति/व्यक्तियों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात के विचार से इसका उपयोग नहीं करूँगा कि मैंने अपने नाम/पता/चित्र, यहाँ और जो विषय इस प्रकार से जोड़ा है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, यहाँ और विषय जो कि आगे के व्यक्ति/व्यक्तियों को प्रसारित है मुझे नहीं चाहिए। इसका कोई उपयोग नहीं करना। इस संबंध में, "कोशिका" फाउंडेशन अपने समिति/क. समिति को अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

colours of grasses in spring and summer



AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER IN 400)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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 in the matter.

हमारी अतिथिगत, हस्तग्राही की ओर से सम्बन्धितों की "अतिथिगत सम्बन्धितों" से विविध सम्बन्धों में निम्नलिखित की ओर है, जिसे हम (हस्तग्राही) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

- [illegible]

2. "सोवियत गणराज्य" में जो नई सामाजिक नीति प्रकीर्ण की है, उसे यह समझना इससे भी बड़ा काम है किने नए समाजवादीक का मुख्य लक्ष्य एवं उद्देश्य
के बीच का फास है और "सोवियत गणराज्य" इस किरी उलाह का कोई समर्थन नहीं है। इसीलिये हमारा लक्ष्य है (हम) के द्वारा मुख्य और अन्य लक्ष्यों को, जो कि सिविलिटी लक्ष्य एवं उद्देश्य
को हारा और "सोवियत" को कोई सुविधा या सिविलिटी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अजीबाली के लिए संयोजन

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Strength-EyeCare Trust)

Vasanthammar Balamstore.S2

Date of Surgery
 अक्षरों में लिखें

19

20/9/25

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

डाकदार को पत्रों के समुदायों के लिए

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

आन्तरिक समन्वय विभाग

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— **WUEN**

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या : 2

227