

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0925/1998

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

Huchchamma

AGE-YEARS मास-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Khalaya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Chagudshale Nagmanga Marolya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

II

Pre OP - Post OP
1998 - Huchchamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो इस पर चिह्न दें या नहीं का विकल्प चुनें):

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आधार के तहत चिह्न दें (यदि लागू)

BPL Card (Attach Card Copy) राश्री के तहत के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यक हेतु चिह्न दें किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन के साथ की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - P.O.P. LE - Cataract
2.	Surgery LE Cat + P.O.P.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायक किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुआ है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि प्रदान की जा रही है

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO NONE YR.

- 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 यहाँ पर दाखल हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पत्र तक है तो मेरी स्थापना सिद्ध हो या नहीं।
- 2) मैं इससे यहाँ पर स्थापना दिला "कौशिका फाउंडेशन", जो मेरी वास्तविक है, प्रमाण प्रमाणित इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ पर दाखल हूँ कि मैंने प्रमाणित हूँ कि मैंने प्रमाणित नहीं है, कि मैंने प्रमाणित या प्रमाणित सिद्ध किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या मेरे सिद्ध हैं और न ही प्रमाणित नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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/post-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 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 ढाङ्ग का पालन इसलिए कि हमारे को ज्ञान लाना, मैं (अर्हक) अपने सचिवों को मुझे बताएँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को उसके आशीर्वादों "को अधिकृत बनाएँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस ढाङ्ग में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा जारी, पत्र, पत्रकारों द्वारा प्रसारित में मुझे आशीर्वादों को प्रदर्शितों को उनके विषयों को प्रसारित करने में मदद कर सकते हैं। मैं इस का विचार में हमारे को पाले कि वह मेरे बारे में लिखें "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस ढाङ्ग में स्वीकार है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि ज्ञानकारी को प्रदर्शितों में प्रेषित है मुझे बताएँ: ज्ञानकारी को हमारे को बताएँ। इस सचिवों में "कोशिका" द्वारा उसके आशीर्वादों को प्रेषित आशीर्वादों को जारी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

where $\mathbf{y}$ is the vector of observed values and $\mathbf{X}$ is the matrix of explanatory variables.



AGREEMENT by HOSPITAL: (WHEN THE WHC)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshtika 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.

इससे अधिकतर, इसकाटरी की जोर से समझावणी की "सोचिना सार्वजनिक" से मिलित साक्षात् हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (अनुसंधान) मिल प्रकाश से समझ व सीखना करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वातंत्र्यहीनतेचा विरोध करणारे

M. LAKSMIDATHI M.

LAKSHMINIPATHI
S. Lakshminipathi

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 101-106.

unit of Shradha-Evoked Trust

Date of Surgery

संविधान की भाषा

26/9/25

Uy. PREETHI B R
A.S.S.C. CO. POC. FPO.
(Name of Oc. & Regn. No. with Stamp)

डाकड, का. सुपु. व. जलसंधार. व. सुपु. व.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपस्थापना

SIGNATURE of TRUSTEE 4

1998

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपकी इच्छाएं :

Rich