АР		FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखघाल)		Koshika
APPLICATION No. :	B 038		APPLICATION DATE	13/25	Building black of life.
NAME of APPLICAN	IT I	shi lama	AGE-YEARS	गय-वर्ष SEX लिय	00
FATHER'S/SPOUSE चित्रा/कटुम्प का नाम	on as a sale	lo chercisad	asegow	dq	
b∞o-161 maddw	-1 Ni	, , , , ,	वर्तमान आवासाय प	obali	
THE LAND		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता	F Kunada	prior POSINA
GAME COM					HI82 Sushela
DCCUPATION:	t	tono maker		MANRIED (FRIITE) / UNMARRIED (अतिवाहित)
OTAL ANNUAL INCO मूल वार्षिक अ्ट्रप AN No. स्थाई साता ।	OME :			(Attach Proof of a (Street and Attack)	
RE YOU AN INCOME	E YAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / N		
मा आप आम कर दाव	इ.इ.(आ.मान्य झा	इस पर सही का निशान लगाये। FAM	ILY DETAILS TRUE	4.1	
Sr. No.	N.	ame of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
0	अस्यिर के सदस्यों का नाम, EXP SITE (17) (00 (7)		424	felt (V L	आवेरक के साथ सम्बंध
	-	J			1000
					The same of the sa
	-				
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick which	ever is applicable)	
(Attach Cartif गरीची रेखा चे और्च प्रमाण पत्र अल्प आप क		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरुप जाम वर्ग प्राच्या पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरक करे।	IIA)	tion Card ach Copyl tient est and after ets	Arry Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य
			QUESTING ASSISTA	0.10-01	
Sr. No. कम् योगन		steeme,	iptions Attached इं प्रतिबंदन सूची सुंतान		
0	Diagnosis REcutorale				
	AE caloract				
Total National Service	800	eny. RF	catt P	MOL	
		V			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य स	SAME "PURPOSE" । शायता किसी अन्य स्थ	rom OTHER SOURCES ति में लिया गया बो?	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of A		ASSISTANCE BEING AVAILED
97 H	<i>DIG C</i> \$ अन्य स्त्रीत का गाम			सी गृह सहायता चरा। अध्यक्ष	
	- 6			THE COLD	1

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा प्रोपण पर:

- 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 चीपण करता है कि इस प्रक्रम में रिये गये स्थान मेरी आणकारी के अनुसार साथ एवं सभी है। चीर कोई विकास एवं जवन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहस्थत जिस्सा की जा सकती है।
- 2) भी द्वारा जो स्वापना राति "कंतिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये दिव्य जायेगा, जो इस प्ररूप में पता गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का शांतिक या सकत हिस्सा किसी आय स्रोत:निश्चेतक/बीमा करपरी से न तो तिया है और न सी चीक्क में स्पैतः।

AGREEMENT by APPLICANT (strikes girt with)

- 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 प्रश्न पा अपने वस्ताकर या अंगठे की काप समाकर, में (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा साम, पता, फोटो और जो विशास कर प्रश्न में घोषिक है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, दान, यावज्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार माध्यक में प्रमात करने के लिए "कोशिका पताउद्देशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात में सहनत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्दरमों में प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का दकतार तथी बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यस्थियों का निर्मय और बायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (\$1458 DR 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर में प्राप्तनेतांगी को "कोशिका काउन्देशन" से सितिय सहायत हेतू सिकारिश की जाती है, जिसे इस (हत्यतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि व तो वर्तमान और न ही स्वित्य में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी,मामले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"

से सिमापिश/पिनाँद उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायरा विश्वति आशिकासकल हेतु प्रमुख नहीं किया जाता है से आमरातल किसी अन्य गैर सरकारी सोम्या पर किसी अन्य सन्तायन से सहायरा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपराल द्वितीय मदद उका रोगी/प्यापने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था पर किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिकर फाउन्टेंगन" में तो गई महापता केवल विकिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हम्पताल द्वारा दी गई मलाह का किये गये उपलार/प्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं हस्पताल

कें बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्तिनवें हत्यताल में रोगी के इताज सुरक्षा और आने जलें की सारी कियारी होगी एवं हत्यताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुणिका पर जिम्मोदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन को खोख RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Manager Outreach Institute for Diebetes & Eye.

Dr. M. PAYLTHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabalge & Eyestlospital (A unit of Shraddha Eye Care Trust) (A unit of Shraddha Eye Care II # 16/M, Thimmaich Road, Miller Tank Beg Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ন্য ৰ ম্ব হন্দবাল অধিকৃত্ত অধিকৃত্তী

Vasantiran agarva augalokosa (ka Foundation

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE P No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताधर 2

Sofungel