

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापत्र)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B10325 14183	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	19/3/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	shakuntala	AGE-YEARS वय-वर्ष:	48 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी वापर का नाम:	PLO KN'Shnappa.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पत्		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पत्		
H no-20, N Kodihalli, Koppa Hobli, middle taluk, Mandya district, Karnataka		PO/OP poShop 4183 shakuntala		
OCCUPATION: जबकताप	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जबकता साक्षर संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	9000/-			
PAN No.: स्थाई जाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable): मम आय आप कर दाता है (वो नाम्य हो उस पर मर्दी का विशेष लगाये):				
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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	KN'shnappa.	48	m.	Husband
②	Deshi Gouda.	24	m	Son
③	Avinash	28	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायाता के लिये विनाश अवधार				
BPL Card (Attach Card/Copy) परीक्षा रेता के नाम्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय ज्ञात वार्षि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षर	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायाता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis:- RG catch call LB catch call			
Emergency:- NE cat-prick				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायाता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्तर गवर्न सहायता राशी		
①	DSB DS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा:

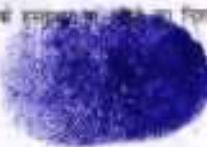
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण बोरी जानकारी के अनुसार यथा एवं सती हैं। यदि ऐसीही विवरण एवं कामना असाध्य यथा जाता है तो मैंने यहाँला निरसा की ज़ सकती है।
- 2) मैं द्वारा यो महाप्राप्ति की "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" में सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उत्तराय की पूर्णी के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में यथा नहीं है।
- 3) ये पूर्ण काम है कि विस महाप्राप्ति हेतु यह उत्तराय की नहीं है, उस रूप से मैंने अन्य संस्थानों की विवरण भी नहीं दिया है और न ही भविष्य में दीटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्राप्ति का आवेदक द्वारा दर्शावान् या उल्लेख की ताका लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी याहारी की पूर्ण काम है एवं "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" और उसके नामीरों को अधिकृत करता हूं कि मैंने यथा, यथा, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामीरों, दान, यात्राओं या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उत्तरायों के लिये किसी भी प्रसार यथायम से प्रसारित कराने के लिये अधिकृत हूं। मैंने इस का विवरण जो इसमें दीखता या बाहर से कराने के लिये "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" वा नामीरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस यथा में याहारा हूं कि मैंने यथा, यथा, फोटो और विवरण को कि याहारा के उत्तरायों से प्राप्ति है युक्त रखा; याहारा का हाफ्टा नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीरों का विवरण अंतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या दाढ़ी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा करा)

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

इसको अधिकृत, दात्तकारी को जोते से याहारों/तोंगों को "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" से विविध याहारों हेतु याहारीता की जाती है, विवेच हम (हास्पातल) निम्न प्रकार से याहार या अधिकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो याहार और न ही भविष्य में विविध याहारों किसी भी याहारी याहारों या किसी अन्य स्रोत से उत्तराय से उत्तराय या याहारों में से याहारों का नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" से विविधीय विविध उत्तराय में "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" द्वारा याहार हेतु किया है। यदि "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" द्वारा याहार विविध अधिकारोंका हेतु याहारी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या याहारी संस्थान या किसी जान याहारापाल से याहारों से याहार का अधिकार मुक्तिल रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिस्तीय बाहर उत्तराय याहारों से याहार की अधिकारी नहीं होती है।
2. "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" में सी गई याहारों के बाहर विविध व्यक्ति करते हैं। योगी या हास्पातल द्वारा यो यह स्वतंत्र या किये गये याहारों/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हास्पातल के द्वारा किया जाता है और "कोशिका पाठ्यनाड़ीन" द्वारा किसी प्रकार का जोर दाता नहीं है। इसलिये हास्पातल में याहारों के इतना याहार और अब जाने की याहारी विविधीय की एवं हास्पातल की हांगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या कियोगी ही इस याहारों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिये संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
16/M, Thirumaiyah Road, Miller Tank Road Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

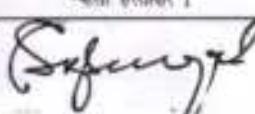
नाम या पद हास्पातल अधिकारी

नाम या पद हास्पातल अधिकारी

Date of Surgery
अंतिम योगी

Dr. M. PAVITHRA-MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasantha Nagar, Bangalore - 560 052
KMC No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1
याहारी हास्पातल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
याहारी हास्पातल 2

