APP	PLICATION F सहायता	FORM FOR ASSISTANCE हेत् आनेदन प्रारूप		thcare) र देखभात)	Koshika
APPLICATION No. :	B103	25/418H	APPLICATION DATE	12/20	foundation Building block of life.
NAME of APPLICANT	40.00	Machinam	AGE-YEARS	III SEX THIN	-
ATHER S/SPOUSE'S	NAME: 10		vahna		
Lillunca	ailu	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	 पूर्वमान आवासीय प्र 	ddie	
taluk	man	dua DISTO	U KNO	nataka	
			- very strengt in		prior Posso
CCUPATION :		Cooli		MARRIED (Togriso	HISH SCUPE
PTAL ANNUAL INCOM ल वार्षिक उट्टप	8	3,000 1-		(Attach Proof of) (ওচন জা মাধ্য	hcome)
N No. 3421 (SISSI SE E YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is spollcobie)	Yes / N		
		क्स पर सही का निशान लगाये। FAR	MILY DETAILS TROP		
Sr. No. क्रम संख्या	1 VI	are of Family Member रेपाए के सुरस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender fein	Relation with Applicant आपेट्स से साथ सम्बंध
(0)	Sha	sho war	gate	70	SO D
(9)	LU	natingegows	254	m	800
		BASIS for REQUESTING ASSI	STANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के श्रेष प्रमाण पत्र (क्रमान पत्र को साथा प्रति संसाद करें) (क्रमान पत्र को साथा प्रति संसाद करें)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other	
		स्तर्भ आम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्तरा प्रति संशान करे।	उपयोक्ता कार्ड मो। (प्रस्य पत्र की साथ प्रति संतन्त करे।		Basis/Proof अन्य कोई साक्य
102			EQUESTING ASSIST		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मतारा/डॉक्टर से खरी को गई प्रतिकेदन सूची संतरन				
(1)	DICIGHOSIS:- RECONOCIO				
	AF Castrad				
	Sing	eny'- LE	cattp	auc	
all all all	eng	eny'- LE	cat-1 p	Clor	
	8009	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME PURPOSE	rom OTHER SOURCES	
Sr. No.	8m9	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य प् NAME of OTHER SOURCE	SAME PURPOSE	rom OTHER SOURCES ति से सिया गण की? AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No. क्रम संख्या	9cm9	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य प्	SAME PURPOSE	rom OTHER SOURCES ति से सिया गण की? AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: MINES EN VIVOY TR:

- 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 bereby 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.
- मैं शांचण करत हैं कि इस प्रारूप में दिये रूपे सभी विकाप मेरी जाएकारों के अनुमार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवारण एवं कथा अमान गांच अब है तो मेरी महाबना विशन की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायश राशि "क्टेशिका फाउन्देशन", से शी क खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्व के लिये कियो कार्यगा, जो इस प्रकृष में मार गया है।
- मैं पुष्टि करत है कि किस सरायद हेंदु जा प्रार्थंद की गई है, इस गति का अंशिक वा सकत दिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक कीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पंकिष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHREE SID WOL)

- 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 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 प्रपन्न पर अरुने इस्ताक्षर मा अंगते की साथ लगाकर, में (असबेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पठडंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा पान, पता, फोटो और जो किवाण इस प्रपत्न में मोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नायो, रान, याचनान्य दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधियों और उपलिखर्यों के लिये किसी भी इसार नाव्यम में प्रमारित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रथा का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउउँछन" व नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेशक) इस बात से सत्त्रमा है कि मेरा श्रम, पता, फोटो और विधाण जो कि सहायता के उद्देशमों से प्राधित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एयन् उसके न्यसियों का निर्लय अतिम और बच्चकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेरम के इस्ताधा या अंतरे का निश्चर



AGREEMENT by HOSPITAL (THIRIT DID WIT)

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

हमारे अधिन्त, इस्ताधरी की ओर से सामलेजोगी को "कॉलिका फाउन्देशन" से जितिय सतायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (हस्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न से गर्नमान और न ही चलिया में मितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य ब्लोन से उस्त रोगे/प्यापन में लेंग्ने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉरिंग्का फरट-वेंग्न" से सिफारिक/बनति तका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। पीद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो आस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य सन्ताधन से सलावत लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पूरिट में स्थप्ट कहा जात है कि अस्पताल दिलीय मदद उसन रोगी/बामले हेतू किसी

गैर सरकारों संस्था था किसी सत्य साधन से नहीं लेग्द/लेगी। "ब्रॉलिका फाटचंतन" में लो गई सहायण कंचल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउजेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दखब नहीं है। इसलिके हस्पताल में रोगी के इलाव, मुख्या और आने जाने की सारी जिल्ह्यारी है।गूँ lugles 4 भी शोषी और "भोशिका" की बोई पूर्विका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीक्ती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

Dr. M. PAVIVHRA MERS. MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital

(A unit of Shrabaha Eye Care Trust) Vasanthanagar Bangalo Pa Bahika Foundation KMC No-91567

Manager Outreach Institute for Diebetes & Eye

(A unit of Shraddha Eye Care Trus.) # 16/M, Thirmmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताक्षर |

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आन्तरिक उपयोग हेत्

न्यामी हस्ताक्षर 2