

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवापाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : **B032514185**

APPLICATION DATE
आवेदन तिथी **19/3/25**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उमेर-वर्ष **58**
SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपड़म का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान आवासीय स्थान

**Puttathayamma
26/Chinnaregoroda
Muduvan, Koppa Taluk
Mandya District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय स्थान

11 -



**PreOp PostOp
NFS PostOp**

OCCUPATION:
जबक्षणदाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साध्य संलग्न)

PAN No. जबक्षण नाम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
मा. आप जाए कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सर्वी का विशेष लागतें)

Yes / NO
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member पुरिया के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Thimmigowda	67/4	m	husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाश आधा

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
मरीजी रोड के नियंत्रण पत्र (इमार पत्र की तरफ प्रति संलग्न करें)	मरीजी रोड प्रमाण पत्र (इमार पत्र की तरफ प्रति संलग्न करें)	उपचारिका कार्ड (प्रमाण पत्र की तरफ प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई चिकित्सन सभी रिपोर्ट	
①	Diagnosis: R/E cataract L/E cataract	
	Surgeon: - MG (cataract)	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 मेरे लिए जानकारी के अनुसार सत्य एवं गहरा है: यह, कोई विवरण ऐसा कराना अवश्य लाभ लाता है जो कोई सहायता निम्न की तरफ सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गयी "कोशिका कार्डिनेशन", मेरी जो गहरी है, उसका प्राप्ति उसी उद्देश्य की तुलने के लिए विवरण जारीगा, जो इस प्राप्ति मेरा लाभ है।
- 3) मैं पूर्णतः इसे कि विष महायज्ञ हेतु यह प्राप्ति की गहरी है, उस दृष्टि का लिखित या मालाल हिस्त लिखी अब योग्यतावाचीकरण करने से न तो लिपा है और न ही घोषणा में लिपा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आपने हस्ताक्षर या अंगठी की साथ सहायता, मैं (आवेदक) आपनी सहायता की पूर्णता करता हूं एवं "कोशिका कार्डिनेशन" और उसके नामीरों "को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति मेरे लिए हैं, उसे "कोशिका" एवं नामीरों, दूसरे, वाक्यावाक्य दूसरे उद्देश्य से नुसी योग्यतावाचीकरण और उन्हीं उद्देश्यों के लिए विवरण जारीगा जो प्राप्ति मेरा सहायता या उपचार के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से समझता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं, युक्त नाम; सहायता का उपचार जीवन बनाता है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीरों का विवरण अतियं और वापसारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक जो हस्ताक्षर का अंगठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हमालत द्वारा कराया)

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अप्पलेशोरी को "कोशिका कार्डिनेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरणों को जारी है, जिसे हम (हमालत) निम्न प्रकार से यथावत छापते हैं:

- 1) यह कि व तो बायोपाथ और न हो अधिक्य में विवरण सहायता विवरण गैर सहायता संभवतः या विवरणी अन्य स्थान से उक्त गैरीकारणों में लेंगे जो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कार्डिनेशन" से विवरणी/विवरणी उक्त जो सम्बन्ध ये "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकारी/सहायता हेतु अनुकूल की विवरण जारी हो जाएगी। अन्य गैरीकारणों संभवतः या विवरणी अन्य स्थानतः से सहायता संभवतः जारी हो जाएगी। इस पूर्णतः में स्थान का उपचार जारी है कि अप्पलत द्वितीय परद उक्त गैरीकारणों हेतु विवरणी गैरीकारणी संभवतः या विवरणी अन्य साधन से नहीं लेगाएंगी।
- 2) "कोशिका कार्डिनेशन" से ली गई सहायता कंक्रिट विवरण प्रक्रिया की है: योगी जो हमालत द्वारा ही गई सहायता या विवरण गैरी उपचार/प्रक्रिया का उपचार होती है उपचार का विवरण होता है और "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा विवरणी प्रकार का बोर्ड उपचार नहीं है। इसलिये हमालत में योगी के इताव सुधा और जाने जाने की जांच विवरणी को द्वारा नहीं होती और "कोशिका" को बोर्ड पूर्णतः जो विवरणी हेतु आवश्यक होती है।

Mr. Lakshminath N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care,

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

जान व ज अप्पलत अधिकृत अधिकारी

		RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE संवेदनी के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अप्पलत की तिथि <i>19/3/25</i>	Dr. M. PAVITHRA MBBS. MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasantha Nagar, Bangalore-52 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION KMC NO-91567		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीरों हस्ताक्षर । <i>S. S. S. S. S.</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीरों हस्ताक्षर 2 <i>L. L. L. L.</i>		