

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0424/0014	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	5/4/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Siddagangamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	68	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	1/0 Bonnanna	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी जाता		Taluk Tumkur Taluk Tumkary		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासस्थायी जाता		[]		
OCCUPATION: अपना व्यवसाय:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	[]	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्यय:	—	(Attach Proof of Income) (व्यय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो साधा हो तब उस पर गहरी का चिनाने लगाएं)		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 से संबंधित
①	Bonnanna	67y	M	Husband
②	manjunatha	39y	M	Son
③	Murukali	36y	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियोग आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीकी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप व्यव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विचारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन मूली संलग्न			
①	Diagnosis RF- calcinosis L-E cataract			
Surgery: LF cat + RCLOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक या अर्पण करते

- 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.

1) मैं खोला करता हूँ कि इस प्रकार मेरे यही विवरण यही जनकारी के अनुसार सात पर्याप्त नहीं है। परं कार्ड विवरण एवं कार्य वादाय जाता है तो मेरी जाहाजी विवरण भी जा सकती है।

2) मौजूदा मेरे जाहाजी का "कालिका चारांहीनता", से जो जा रही है, उसका उपर्योग उचित रूप से पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे पास नहीं है।

3) मैं पुष्ट करता हूँ कि यह जाहाजी हेतु यह आवधान की गई है, उस दृष्टि का अनुसार यह सकारात्मक विवरण जैसे यहांपरी से न की जाता है और न ही विवरण में शामिल है।

AGREEMENT by APPLICANT (apply to both)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत का अपने हमारे या अंगठी की साथ साझेकर, मैं (अपेक्षा) आपसे सहमति को दिए करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जनसेवी" को अधिकृत करता हूँ कि पेट चाम, चम, फौटो और वी विवरण इस प्रत में भवित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, यात्राओं तथा उद्देश्य से जुड़ी गणितियर्थी और जातीयर्थी के लिए किसी भी प्रकार चाम्प दे प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत का विवरण मेरे इलाज को गहरी या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षा) इस बात से सहमत हूँ कि पेट चाम, चम, फौटो और विवरण जो कि यात्राओं के उद्देश्य में प्राप्ति है युक्त स्वतः यात्राका का हकदार नहीं बनता। इस समर्थ में "कोशिका" एवं उसके जनसेवी का विविध अभियंता और यात्राकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

સુરત પાઠ્યપત્ર કા વિષય



AGREEMENT by HOSPITAL (_____ to _____)

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.

इसके अधिकार, उत्तरायणी को भारी से व्यवस्थेनालै को "खांडिश्वर 'बाहुन्देश्वर'" में विविध उत्तरायणी हेतु विवरित की जाती है, जिसे हम (हमस्त्री) इस प्रकार से मानते हैं उत्तरायणी करते हैं।

- 1) यह कि ए तो कर्मचार और उ ही अधिकार में विशिष्ट समाजका किसी गैर साक्षाती संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त एवं इन्हाँसे दो संग्रह या तो ए है, तैयार कि इन्हें "कोरिंसक फाइल्सेस" में लिपिबद्ध किया जाए। उक्त के सम्बन्ध में "कोरिंसक फाइल्सेस" द्वारा यह बता देता कि है: परि "कोरिंसक फाइल्सेस" द्वारा समाजका विविध अधिकार सम्पूर्ण यही किया जाता है जो अन्य सम्पूर्ण किसी अन्य गैर साक्षाती संस्था या किसी अन्य सम्प्रबन्ध से समाजका संग्रह का विभिन्न सुरक्षित रखता है। इन दोषों में सम्पूर्ण कहा जाता है कि अन्य सम्प्रबन्ध इतिहास उक्त कानूनों के द्वारा किया गया साक्षाती संस्था का किसी अन्य सम्प्रबन्ध से नहीं लीगा जाती।

2. "कोशिका कारब्बेशन" से ली गई सहायता कोषिका विकिप्रयोग असूति होती है। ऐसी या हमलात द्वारा दी गई सहायता पर चिरे गये उपचार/इनियोजन का चुनाव रोगी एवं हमलात के लिये का विकास है और "कोशिका कारब्बेशन" द्वारा विकिसो-प्रकाश का कोई दबाव नहीं है; इसलिये हमलात में लंगी के लकड़ सुखा और जाने वाले भी जारी रखने एवं उपचार द्वारा होती है और "कोशिका" को कोई सुधारका या विमेंद्रिया इस मालामाल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए मंसुति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषिविद्या संस्था

SIGNATURE of TRUSTEE 1
उपायी दस्तावेज़ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इकाई 2

Safaryl

李伟