

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हटुस्य का नाम		SEX			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास का पता				Preop Postop 0024 MuthuSwamy	
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्पष्ट खाली रखें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रखा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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	Shiva Sankarip	35	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis BF contract LF contract				
2	Surgery BF cat + PCRL				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी	
1	DBCS			2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता भिन्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में करा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि इस सहायता से मुझे भुगतान नहीं मिलेगा, जिस पर या जो भविष्य में समस्त विवरण किसी अन्य कोशिका/विद्यार्थी/व्यावसायिक कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थी द्वारा कृत)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा का अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, स्वामी, पत्र, साक्षात्कार द्वारा इत्यादि से द्वारा परिचितियों और उपस्थितियों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप की सहमति या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इच्छाओं को प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इमामदार या अंगूठी का चिह्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकार, हमारा धर्म की ओर से गणसंरक्षित को "कोई भी" पाठ्यक्रम" से विचार सहायता हो पाएगी है, जिसे हम (सम्पत्ति) विचार प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संसदों और न ही संविधान में विहित महापदा किसी और साक्षरी संस्था या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंटी-मोमाली में संवे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारविशेष-विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदर्शित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विधि अतिरिक्त/अलग से प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में महापदा होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विधि पर उक्त ऐंटी-मोमाली से किसी और साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं कोट-रोटी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह महापदा संस्था विहित प्रवृत्ति को है। ऐंटी पर महापदा द्वारा ही यह संस्था या किसी गैर उपाय/प्रक्रिया का सुदूर ऐंटी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए अस्पताल में ऐंटी के द्वारा सुझा और जाने जाने की साथ विमोचनी ऐंटी एवं अस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सुदीक्षतां च लिख संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/04/23	Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant - Plastic & Reconstructive B.M.C. No. 10723	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Deafblind Education (A Unit of Shri Chhatrapati Sahu Maharaj Mission) # 16A, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area अनामिक वस्त्रधन हट्ट
SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्यागी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्यागी हस्ताक्षर 2 	