	LICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप		hcare) रेखपाल)	Koshika
APPLICATION No. : आसंदर्भ संस्था :	B 0425 0036	APPLICATION DATE	1-2	Budding block of the
NAME of APPLICANT:		AGE-YEARS	गयु-वर्ष SEX तिन	Jude
मानेदवः का नाम	Rangamma	72	C SEX SEN	Man Spiller
ATHER SISPOUSE'S	A SALES			
पता/कटुम्भ का नाम	No Naranasal	1		A STATE OF THE PARTY
maller	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आहासीय पर	Tool .	
No. O. C. C.	ero. marjatardo -	Tambul	(0)	
	Kalngtak	1		
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	ः स्थाई अस्थासीय पता	-	pre of - port of
				pre of - port of
CCUPATION:				
वसराव	Home makel		MARRIED (Tomise	f) / UNMARRIED (जविवासि)
TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of set शामिक आग । (आग भर साम्य				ncome) रिकाम)
AN No. THIS TOWN THE			/	
RE TOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)	Yes/M xi/ ∃		
	FAI	WILY DETAILS WHEN		
Sr. No. क्रम संख्य	Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তথ্য (বৰ্ণ)	Gender	Relation with Applicant
211 (102	गरवार क गर्नस्था का नाम	oस (वस)	firm	आवेदक के साथ सम्बध
15	Marasasah	16		
1.7	Nunian gh	40	w	Husbanel
	BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विवर्तत	STANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card	EWS Certificate	Ra	tion Card	
(Attach Card C गरीबो रेखा के नीचे प्र	from the first control of the	(Attach Copy) उपयोक्ता कार्य		Any Other Basis/Proof
(प्रमाण पत्र को सामा प्रति			ानता काड सामा प्रति संतरम करे।	अन्य कोई साध्य
	PRINCES AND	FOURTHING ARRIVE		
		EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	क्रम संख्या अस्पतासः/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनेदन सूची संसन्न			
	391 1000			
		**	-	
ц		- tate	uact	
ų,	Diagrount PI	. +		
ų,		. +	uart wet	
u _o		. +		
up F		cata	teet	Defol
	Diagrount PI	cata	teet	pæol
	Diagrount PI	cata	teet	pæol
	Deaglowit PI	Cata Cata Cata	teet van de H	petol
	Diagrount Pl	Cata Cata Cata	om OTHER SOURCES	
25	Salgery P	Cata Cata Cata	om OTHER SOURCES	ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No.	ASSISTANCE BEING AVAILED FOR B	Cata Cata Cata	om OTHER SOURCES	ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No.	ASSISTANCE BEING AVAILED FOR B	Cata Cata Cata	om OTHER SOURCES	ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेशक द्वारा गोपणा पत

- 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 reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं क्षेत्रण करता है कि इस क्रमप में दिये गये तथी विकास मेरी कानकारी के अनुवार साथ एकं सबी है। यदि कोई विकास एकं कावर जसान राष्य जात है तो मेरी सक्षायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे हुए। जो सहायता तरित "कॉशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्व के लिये किया आयेगा, जो इस प्रकृष में मरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किस स्वायता हेतु का प्रार्थन की गई है, उस गति का काँशक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठ-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही भविष्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (spices git with)

- 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 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर था अंगते की साप लगाकर, मैं (अवदेक) अपनी सक्ष्मीत की पुष्टि करता हूँ एवं "क्षोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेग कम, पता, फोटो और वो निवारण इस प्रयत में घोषिल है, उसे "क्षोतिका" एवम् न्यासी, दान, व्यवना/क दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गोतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मान्यम से प्रसारित कार्य के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विवरण मी इत्याव के पताने या व्यद में कार्य के लिए "क्षोतिका पताउदेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) पै (आवंदक) इस यह से महस्त हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और पियरण जो कि सहायत के उत्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार जो कंशता। इस सम्बंध में "कोंडिका" एवन् उत्तके न्यांसियों का निर्मय अतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबंदक के इस्ताधर या अंदर्त का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शम्पाल क्रेस करार)

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

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.

ति प्राप्त प्रभावता । अपने को ओर से समले रोगी को "कोशिका जाउन्देशन" से लिनिय सदायता हेंदू सिफारिश को जाते हैं, जिसे हम (इस्पताल) निन्न प्रकार से खन्य व स्थीकार करते हैं।

इया जीवकृत, इस्तावरी को ओर से ही परिचय में जिलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी,पायले में लेंगे या तो रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विजीत उक्त के संस्थाप में "कोशिका फाउन्देशन" इस मदद हेतु कि हैं। परि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विजय अधिकार सकता है के अस्पताल दिशीय स्थाप के की अस्पताल देता स्थापताल के की अस्पताल है। इस पुष्टि में स्थाप कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय स्थापताल है कि स्थापताल दिशीय स्थापताल है कि स्थापताल दिशीय स्थापताल है कि अस्पताल दिशीय स्थापताल स्थ

रीर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा-लेगी।
2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली नई सहस्थल केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इसलाल द्वार दी गई सलाह या किये नये उपचार/प्रक्रिया का चुनल होगी हुई हस्पताल
के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुशक और अने नाई की चूरी विद्यारिए रोगी एवं इस्पताल
को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. LAKSHMIPATHI N RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Senior Manago स्वीकृतों के लिए संस्तुति OUTREACH BANK **Date of Surgery** DIABETES & EYE HO MS Consultant Ophthalmologist ऑपरेशन को शरीख Variet of Selection & Sample Authorised Signatory
Vasanthanagar Selection of Select Bangalore Diabetes & Eve Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Starte) (A unit 0 द्रावर का नम ने इस्ताल ह राज द्रात डा) FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION उद्यन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 2 न्यामी हस्ताक्षर 1