

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोगभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blou24/0092	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	23/4/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	AGE-YEARS वय-वर्ष:		SEX लिंग:
NAGARAJU	57		M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	S/0 Basappa		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पाल			
Bhoolanukath - mathihalli POST Tiptur			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थाई आवासीय पाल			
WORKER Kurnatikar			
OCCUPATION: व्यवसाय:	coolie		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय:	10,000/-		
PAN No. स्थाई खाता संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या ज्याप जाप कर रहा है (जो मानद हो उस पर सही का निश्चय लगावे):			
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
①	Dayanand	534	M
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विकल्प आवाह			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोड़ा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सापा भी मंतव्य करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्याप ज्याप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सापा भी मंतव्य करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सापा भी मंतव्य करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सापा
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायल/क्लिनिक से जारी की गई आवेदन मूल्य संलग्न		
①	Diagnosis RE: cellulitis NE: cellulitis		
Summary:- RC and of PCTOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES. इस उद्देश्य को 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 स्थीर रूप सहायता धनी	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेटर का द्वारा घोषणा करें।

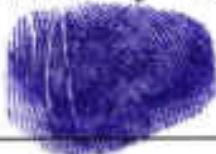
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 अप्लिकेटर का हूं कि इस फॉर्म में दिये गये ममी विवरण मेरी जलवायी के सम्बन्ध में पूर्णतः सत्य पर्याप्त हैं। यदि, कोई विवरण एवं कार्यन असत्य भवति है तो मेरी जलवायी नियत की जा सकती है।
- 2) ये द्वारा जो सम्बन्ध रहते "कोशिका फाउंडेशन", जो लौट जा सकती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में चर्चा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विष महापात्र हैं यह उपयोग की गई है, उस दृष्टि का अधिकार या उच्चास हितों की अवधारणा व्यापक रूप से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेटर 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार यह आर्थने इस्तेमाल के अधीन की तात्पुरता की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीहोरों" को अपेक्षित करता हूं कि मेरा नाम, ठान, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में दर्शाया गया है, उसे "कोशिका" प्रश्न-उत्तरी, धन, वार्षिक/वार्षिक दूषों उद्देश्य से नुस्खे नहिं बित्तियित होंगे उपर्योगी जो लिये किये गये जलवायी व्यापार से प्रभावित करते हैं तिने अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इसके जाले जा जाए ये असर ये असरों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेटर) इस बात से महापात्र हूं कि मेरा नाम, ठान, फोटो और विवरण जो कि जलवायी के उद्देश्य से दर्शाया गया है युक्त रूप से जलवायी का इकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रश्न-उत्तर न्यायीहोरों का निर्णय अदियत और जलवायी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेटर की इमारत का नंबर का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तेमाल 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 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.

मामों अधिकृत, इस्तेमाल की ओर से मान्यताप्राप्ती को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय जलवायी हूं जिसकीजा जो जारी है, विषे हम (इस्तेमाल) पिण इकायर से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो जानीमान और न ही भविष्य में वित्तीय जलवायी किसी जो जलवायी संस्थान या किसी अन्य संस्था में उक्त उपर्योगमें जो लोगों या लोगों को हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय जलवायी किसी उक्त को व्यवस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शाया गया विनियोग अधिकार/सकात हैं युक्त रूप से जलवायी जो कि जलवायी के उद्देश्य से दर्शाया गया विवरण मेरे असरों के उपर्योगी जो कि जलवायी का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वाप्त बहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बहर उक्ता संस्थायांसे हैं जो कि जलवायी की साकारी संस्था या किसी अन्य साकार से नहीं संस्थायांहैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं नहीं जलवायी की वित्तीय जलवायी जो होती है। यहीं पर इस्तेमाल द्वारा ये किसी जो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एवं एवं इस्तेमाल के द्वीप का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवं नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में उक्ती के इसका गुरुता और उक्ती जाने को मारी जिम्मेदारी एवं एवं इस्तेमाल की होती है। "कोशिका" को कोई पूर्णतः जो किसीद्वारा इस सम्बन्ध में जारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती को लिए संस्थान

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Status of Authorised Signatory)

16/M, Thirumalai Road, Mysore, Karnataka, India
en-benefit of Hospital

नम्र. १६/एम, थिरुमालै रोड, मायसूर, कर्नाटक, भारत

Date of Surgery
जालवायी की तिथि

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Endocrinologist & Diabetologist
कालारा KMC Mysore 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जालवायी उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इस्तेमाल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्तेमाल 2