APPLICATION No.:  SITHER STREET STREET  NAME OF APPLICANT:  KUTMAVEEVAIAH  FATHER STREPOUSE'S NAME:  S/O Late Hallarah  Chitakarahalli Jerahamambi Habale  Gundupele failuk kanna laka		ION FORM FOR ASSISTANCE यता हेतू आयेदन प्रारूप		hcare) रेखपाल)	Koshika
MANE OF PRICANT  MATERIAL STREAMS  FATHER SUSPOUSES S NAME  So Late Hallarah  PRESENT RESIDENCE ADDRESS within sounting us  Chi you have been been been been sounting us  Chi you have been been been been been sounting us  Chi you have been been been been been sounting us  Chi you have been been been been been been sounting us  Coule  Coule  Coule  Coule  Coule  MARKED (Ruston) / UNMARKED (Substitute us  PRESIDENCE ADDRESS TOTAL MORNING UNITEDADE)  AND INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  FORMAN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  FORMA	APPLICATION No : -	3 0423 0122	APPLICATION DATE	11/4/2	foundation Building block of life
PRESENT RESIDENCE ADDRESS within abunding the Chicago Andrews	NAME of APPLICANT		AGE-YEARS R	ng-and sex tien	A .
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS FART SERVING WE PERMANENT RESIDENCE ADDRESS FART SERVING PROPERTY (JUNE AND THE PERMANENT)  AND COMMENT AND ASSESSEE (The Anticonver in applicable))  BASIS TO RECORDESTING ASSISTANCE (The Anticonver in applicable)  BASIS TO RECORDESTING ASSISTANCE (The Anticonver is applicable)  BASIS TO RECORDESTING ASSISTANCE (The Anticonver is applicable)  FAMILY DETAILS WITHOUT SERVING SOUTH SERVING SERVING SOUTH SERVING SOUTH SERVING SERVING SOUTH SERVING SERVING SOUTH SERVING SE	चिताकदुम्भ का तम	/ PRESENT RESIDENCE ADDRES			40
DECUPATION:	161 0	nalli Terana	mambi	Habale	
AN NO. पार्टी चाल मेरिका  FAMILY DETAILS Whitehaver is applicable)  BY 1918  St. No.  Name of Family Mainter  (Attach Proof of Income)  (Attach Control Income)  FAMILY DETAILS White Super  FAMILY DETAILS WHITE Sup					Dreed Sorlot
IOTAL ANNUAL SICOME  (Attach Proof of Income) (अर्थ का सबस शिला)  AN No. चर्च खाल मंद्रक वा में शिला मान हो जा पा मही का Popility Register  AN No. चर्च खाल मंद्रक वा में शिला मान हो जा पा मही का Popility Register  AN No. चर्च खाल मंद्रक वा में शिला मान हो जा पा मही का Popility Register  AN No. चर्च खाल मंद्रक वा मान हो जा पा माने का Popility Register  AN No. चर्च खाल मंद्रक वा माने का मान हो जा पा मही का Popility Register  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  BY No.  North के माने बा चल माने  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Register  FRENCY DETAILS परिवार विवरण  FRENCY DETAILS UT AND UT BETTER TO TRANSPORT  FRENCY DETAILS UT THE TRANSPORT  FRANCY DETAILS UT THE TRANSPORT	OCCUPATION: Co	olie		MARRIED (Buller)	
REYOU AN OCCOME TAX ASSESSEE (TICK WHICHIVER in applicable)  बा बाप आंप कर रहा है (की सन्त है) उस पा आरी का निराम लगाई के सार पा आरी का निराम का निराम का निराम आरी का निराम का	OTAL ANNUAL INCOME :	29.00 Vr		(Attach Proof of In	come).
St. No.	AE YOU AN INCOME TAX ASS	ESSEE (Tick whichover is applicable).			
BABIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समाध्य के निया किया किया किया किया किया किया किया क		- 19	AMILY DETAILS STORY		
BPL Card (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (अस्मान प (अस्मान पा (		भिरतार के संग्रहत का सम			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध
BPL Card (Attach Sind Copy) रहींची रेखा के तीर्च उपया पा अलव काम में प्रमाप काम काम में अलव काम में प्रमाप काम					
BPL Code  (Attach Africa Copy)  रहींची रेखा के नीचे अन्या यह (Attach Carificate Copy)  रहींची रेखा के नीचे अन्या यह (Attach Carificate Copy)  अलव कहा को मांगा पात्र प्रमाण पत्र को सामा पत्र सामा पत्र सामा पत्र को सामा पत्र सामा पत्र को सामा पत्र सामा पत्र सामा पत्र को सामा पत्र सामा पत्र को सामा पत्र सामा पत्र को सामा पत्र सामा सामा पत्र सामा सामा सामा सामा सामा सामा सामा साम					
BPL Card (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (अस्मान प (अस्मान पा (					
BPL Card (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (Attach Stird Copy) रहींची रेखा के नीचे उन्हार पा (अस्मान प (अस्मान पा (					
BPL Card (Attach Sind Copy) रहींची रेखा के नीने उपाना पा अन्य आत की प्रमाण पा अन्य आत पा अन्य आता पा		BASIS for REQUESTING ASS	SISTANCE (Tick whiche	rver is applicable)	
अहाडार्ग्या हेतू किये गये विगति का उद्देश्यः  अहाडार्ग्यास्टर्शकर में जारी की गई प्रतिकार मुखे संसाव  अहाडार्ग्यास्टर्शकर में जारी की गई प्रतिकार मुखे संसाव  अहाडार्ग्यास्टर्शकर में जारी की गई प्रतिकार मुखे संसाव  अहाडार्ग्यास्टर्शकर में इंग् कोई जन्म मागाया किसी अन्य मधीन में सिवा गया हो?  RE (alanact + PCT 0)  ARSISTANCE REING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देशक में हेतू कोई जन्म मागाया किसी अन्य मधीन में सिवा गया हो?  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	EPt. Card EWS Certificate (Attach Circle Copy) रहींची रेखा के नीचे उमाण यह अल्प अला वर्ता प्रमाण पह		Rational Control of the Control of t	poli Copy)	Basis/Proof
क्ष्म मंद्रण अस्त्राह्म अर्था है। अर्थ क्ष्म क		"PURPOSE" for i	REQUESTING ASSISTA क्ये गये विगती का उटके	NCE:	
ASSISTANCE BEING AVAILED BY SAME "PURPOSE" From OTHER SOURCES  THE SECTION OF STATE AND THIS STATE AND THE SOURCES  SE NO.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED		Me	edical Reports/Prescri	ptions Attached	
ASSISTANCE REING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  असे उत्पेश को हेतू कोई अन्य सामयता किसी अन्य सांग से लिया गम हो?  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	3 2	Diegnosis	PE Co	tong of	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उप्देश्य में इत् कोई जन्म सामयत किसी अन्य साम से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				1E 63	anget
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उप्रेक्ष के इत् कोई क्रम मागवत विभी अन्य स्थात से लिख गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	<u> 3</u>	Ageny.		1 E Co200	noof d Dotai
Se, No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					1 1 2 02
NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE" IN	ON OTHER SOURCES	
	55175607	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

h

## DECLARATION by APPLICANT: असिंग्स द्वारा पोपणा पत्र:

- 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 nemburnement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में प्रेमण करता है कि इस प्रक्रण में छिये गए सभी कियाण मेरी कालकारी में अंगात काय एवं कारी है। यदि फोर्ड विकास एवं काम असाय पाय जाता है से मेरी सहायता निम्ना की जा सकती है।
- 2) परे प्रशः को सहापता ग्रीत "कोरिका फोट-देशन", से ली का ग्री है, उसका उपकोप उमी प्रदेश की पूर्वि के लिये किया कार्यक, जो इस प्रारूप में यह गया है।
- में चूंद काल है कि जिस सवायत हुंतु का प्रार्थत की गई है, इस गाँत का अविक मा सकत विस्ता कियी अन्य प्रोतिनियेक्क कीम करते से न तो तिया है और न ही पित्रम में मुँदा

## AGREEMENT by APPLICANT ( sedow grt 440)

- 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/pul-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.
- स्थाप का अपने इत्तरका या अंदर्ज की प्राप लगाकर, में (आवेदक) अपने सामाँत की पुष्टि करता है एवं "कोलिका फाउंट्रेलन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा चम्. कह, कार्ट और जो किरान इस इन्छा में वीपत है, उसे "बोसिया" एसम् न्यासे, एन, चावनात्वा पूर्वी उन्होंदेश से जुड़ी गोलियियों को रामान्यियों को तिये किसी भी इसार सम्मय में प्रमाणि करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का कियरण मेरे इस्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरियका फराडॉमन" थ न्यानी अधिकृत है।
- वे (आवेदक) इस बाट से घटनार है कि मेरा नार, फाट, फोटा और विकास को कि सारावार के उट्टेरमों से प्राचित है मुझे स्थान का हकारार नहीं बनावा इस सम्बंध में "क्रोरिका" एक्स् उसके व्यक्तियों का निर्मत जीतम और बारवकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनोपक को प्रश्तकता या अंग्रे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (EMITH DO 401)

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 our 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 ऑधकृत, हस्ताधरी की ओर से म्हणकेरोणी को "कोरितक फाउन्डेसन" से वितिय सहायता हेतु मिन्हारिस की बाती है, जिसे हम (हस्तवला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न से वर्तपन और न को प्रविष्य में सितिय महायता विभी गैर धाकारी प्राच्यान का किसी आप स्त्रोत के उक्त होगी,प्राप्त में लेंगे या ते रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉशिका फरउन्देशन" से सिल्मारिश विचति हका में सम्बंध में "कोरिशका पातन्वेशन" द्वार परद हेंदू कि है। यदि "कोरिशका फातन्वेशन" द्वारा सहामता विनति आंशिकासकल हेंदू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल विसी अन्य पैर सावती संस्था च कियी अन्य शन्ताधन से सरावण लेने का ऑधकार सुरक्षित रखात है। इस पृष्टि में स्थय कहा बता है कि अस्पताल दिलीय मध्य उसत रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था का किसी अन्य साधन में नहीं रोग्ड छोगी।

ु "क्रांशिका चार-देशन" से तो गई सहायत अंत्रल चितिष प्रवृति को है। रोगी यर हत्यवाल द्वाप ची गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनक रोगी एवं हत्यवाल के भीत का विषय है और "कॉरिका फाउनोरान" द्वारा कियी प्रकार का कोई रक्षाय नहीं है। इसलिये हरणाल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरणाल को शंगों और "कॉरिंग्डा" को कोई चुमिका या किमोरारी इस समले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FPRS, FICO Congradie of br. o Head No. with Stamptive शाहित कर नामित्र करनाताल में शीचे न

Mr. Lakshmipathi N (Name, Designation A.Sjampol Authorised Signatory Institute (State of Signatory) (A dhiscremental Eyelbare Trus.) A Thomasian Road, Maler Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामं समस्य ।

ज्ञांकारा अर्थे मार्गाम