

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	Blos2410148	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/12/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	mallamma	AGE-YEARS वार्ष-वर्ष:	60 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकुल का नाम:	N/o Nagegowda	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थान पता:	kinugavlu Hobli malavalli taluk, Bandhavgarh, Karnataka	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई वासस्थान पता:	11- mandya, Karnataka	
OCCUPATION: व्यवसाय:	Semi Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	✓ pre-OP post-OP 0148 mallamma	
TOTAL ANNUAL INCOME: कूल वार्षिक वर्ष	₹ 12,000/-	(Attach Proof of Income) (आवेदक का साध्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): नया आवेदन कर रहा है (जो मात्र ही उस पर लाही का निशान लगाये।)		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 के साथ सम्बन्ध
①	Nagegowda	40/4	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी लेजी के नीचे ड्राफ्ट पत्र (अमाल पर को जाक प्रति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अमाल लाय कार्ड ड्राफ्ट (अमाल पर को जापा जानि संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (अमाल पर को जापा प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई माध्यम	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई दूतिवेदन मूली संलग्न			
①	Diagnosis RC catch after AE catch and			
Surgery: AE catch - Post				
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशी		
②	DPCS	₹ 5000/-		

DECLARATION by APPLICANT: मासिक द्वा प्रत्यक्ष रूपे

- 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विषय मेंी जानकारी का अनुसार सबसे बड़ा है। परं काउंसलिंग एवं कल्पना अभ्यन्तराल का भी सम्बन्ध है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गरिं "कॉन्सल्टिंग कार्डिनेटर", मेरी जो रुचि है, उसका उपयोग उमीद उत्तरण की तुलीं के लिये विकायाएं, जो इस प्रारूप में आए गये हैं।
- 3) मैं पुरुष करता हूँ कि विषय सहायता होने वाले प्रार्थकों की गई है, उन योगी का जटिलिक एवं कल्पना विषय किसी भयं घोला/विद्युत/वीया सम्बन्धी ने न तो लिखा है और न ही खालिक में लिखा।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 同意)

- 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.

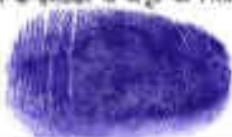
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

१) इस प्रकार या अन्ये हमस्तव्य या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (झांसीराज) आपनी सहायता की दुर्दिन करता हूँ एवं “कांसिका फारदारेश्वर और उपर्योगी न्यासीयों” को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह पता, योकि और जो विभाग इस प्रकार में बोलता है, तो “कांसिका” एवं न्यासी, चौर, यात्राओं द्वारा उत्तरायण में युद्ध-गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यापक नहीं बताते जो भी विभाग है। मैं यह यह विभाग में रखता हूँ कि मैंना ऐसा हूँ कि लिये “कांसिका फारदारेश्वर” व न्यासी अधिकृत है।

2) ये (अधिकारी) इस बात से महसूस हैं कि पेश जन्म, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के दस्तऐवं से प्राप्तिं हैं उन्हें लगते; महापत्र का हक्काएँ नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "दस्तऐवं" ऐसा उपर्युक्त अवधिकारी का विवरण अधिकृत और अवधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Review of Research in Child Psychology



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा करता)

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 अधिकारी, इमामातों की ओर से जन्माये/गये को "कांगड़ावाड़ा-खाना" में विस्थित रहायक हैं। मिलानियां की जाति है, जिसे हम (उत्तराखण्ड) विम्न उम्मात से भान्या करते हैं।

1) यह कि द तो याचिन और उ ही लौगिक में विशिष्ट महायाता किसी ग्रंथ कारी संस्कृत या किसी जन्म नवां से उक्त शेरी/पश्चात्मे में लिए गए ते रहे हैं, जैसे कि हमने “कौशिक पाठ्यनंदेशन” में विशिष्ट/विनिती उक्त के सम्बन्ध में “कौशिक पाठ्यनंदेशन” द्वारा यदर हांगु कि है: कि “कौशिक पाठ्यनंदेशन” द्वारा महायाता विनिती वर्तीक/मकल हांगु मध्यम भी किया जात है तो अस्यात्मा किसी जन्म ग्रंथ कारी संस्कृत या किसी अन्य स्पष्टात्मन से जहायाता लिए गए अधिकारा शुरू किया रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट जात है कि अस्यात्मा द्वितीय यदर उक्त शेरी/पश्चात्मे हांगु किसी ग्रंथ कारी संस्कृत या किसी अन्य स्पष्टात्मन में लिए गए तो होती है।

2. "कोलिका फाइनेंस" से तीरे गई महामता कोवल विविध उद्योग की है। रोटी पर हमेशा द्वारा दी गई मालाह या किसे गये उपभोक्ताओं का चुनाव रोटी एवं हमेशा की बीच का विषय है और "कोलिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमेशा में रोटी के इकलूपा और उन्हें जाने की मुश्किलें रोटी एवं हमेशा की होंगी और "कोलिका" भी आर्द्ध प्राकृतिक वा किसी भी इस घटनाएँ में जड़ी होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वयंकरी के लिए संस्कृति

Mr. Lakshminipathi Perumal

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Designation: Stamp of Authorized Signatory
1, Thamizhmalai Road, Stomper of Authorized Signatory
on behalf of Hospital
Date: 22 October 2018

Date of Surgery अंतिम तिथि की तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, PPRS, FICO (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244	Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust.) # 15/M, Thane-Mumbai Road, Mumbai - 400076 (Mobile: Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम्र. १५/एम, थेने-मुंबई रोड, मुंबई - ४०००७६
--	--	---

KMC No. 90244 KARUNA FOUNDATION 10/10/2018 2018

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी व्यक्तिमान 2

—१८७१ इप्पार्टमेंट ।

See B