

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु अवैदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/0524/0234	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	7/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Nunjianna	AGE-YEARS वय-वर्ष	65 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	120 Nipgarah		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासोंचे पत्ता		Sufi taluk ki rugavali, hoblí Malavalli	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासोंचे पत्ता		Mantya Kothnurka	
OCCUPATION: अवस्था	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	—	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष संलग्न)	
PAN No. स्थान खाते संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जाप जाव कर याक हे (जो याच ही उपर पर मही का निवान लागेचे)			
Yes / No हां / 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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनंति अधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भी रेता के नीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अंति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बत्त अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अंति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप अंति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई चिकित्सन सूची संलग्न		
①	Diagnosis RE cutisack LT cutisack		
	Surgery RE cut + PCTOL		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी कान्य सहाय से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जो गई महायता राशी	
②	DBCS	200/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मान्यता प्रदान:

- 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 प्राप्ति में लिखे गए मान्यता प्रदान के अनुसार सबूत एवं सही है। परं कोई विवाद एवं कानून अमान्य साबूत जाता है तो मेरी मान्यता प्रियता की ओर सही है।
- 2) मेरे द्वारा जीवन मान्यता प्रियता "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जीवन मान्यता प्रियता की ओर सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूरी के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भद्र नहीं है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विषय मान्यता हेतु यह प्राप्ति की गई है, यह लिखा का अधिकार या प्रकल्प विषयीकृत अवधि अधिकारी की न हो लिखा है और वह ही प्राप्ति में सही है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति पर आपने हास्ताक्षर कर लिया है की आप सहायता की पुष्ट करता हूँ यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, ठाना, फोटो और यह विवरण इस प्राप्ति में सही है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, मान्यता/या दूसरे उद्देश्य में पुढ़ी गयी विवरणों और उपलब्धियों के लिए कियी भी प्राप्त मान्यता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण में दूसरा वर्ष के पाहाते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से मान्यता हूँ कि मेरा नाम, ठाना, फोटो और विवरण जो कि मान्यता के उद्देश्यों में प्राप्ति है मुझे मत्तृता दिलायी जाएगी और उसका इस सर्वेष्य में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विवरण अधिकृत और कामकाजी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को द्वारा द्वारा लिखा गया नाम



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, हास्पिती की ओर से मान्योंगों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध मान्यता हेतु विवरणों की जाती है, जिसे हम (हास्पित) में मन्त्र व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वार्षिक और न ही ग्राहित में विविध मान्यता विकल्पों द्वारा सहायता प्रदान के लिए अन्य स्थान से उक्त उद्देश्योंमें ने लिए थे तो वह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विकल्पीय रूप के मान्यता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्शित है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मान्यता विकल्पीय विकल्पों द्वारा नहीं जाता है तो अस्पताल के मान्यता के उद्देश्यों में प्राप्ति है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्विविध प्रदर्शन द्वारा दीर्घाली सही है कि मान्यता के उद्देश्यों में सही लेनदेनी है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में जीवन गई मान्यता के लिए विविध विकल्पों की है। ऐसी प्रक्रिया द्वारा द्वारा दीर्घाली सही लेनदेनी है। इसीलिये हास्पित में लिए जाने के इसका सुझाव और अन्य जाने की जाती विवरणों की ओर सही लेनदेनी होती है और "कोशिका" को जीवन ग्राहित करने की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

अधिकृती के लिए संकेतिः

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(NRI & PRCI National Society of Authorised Signatory)

18/M, Thirumalai Naicker Hospital, T. Nagar, Chennai - 600 014

नाम व पद हास्पित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम डायरी की तारीख 21/5/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Diabetologist & Endocrinologist KMC No. 70244	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
--	---	--

आनंदिक उपरोक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीय हस्पिता।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्पिता 2