

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	BLO 2410459	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	S/7/24	foundation Building block of life.	
NAME of APPLICANT : अप्लिकेंट का नाम	Shankarappa	AGE-YEARS वय-वर्ष	68	SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	S/o late Ranga hanumayya				
D. KATHKALI POST DANDANASHIVRAYA - NOOR TALUK - NOOR TALUK TUMKUR KARNATAKA	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासाय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासाय पता					
OCCUPATION : पेशी	Unemployed				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीविताहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)	
PAN No. : स्थाई संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर जहाँ का विशेष लगायें)					
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 अप्लिकेंट के साथ सम्बन्ध	
①	Venkatalakshmana	68/4	F	neph	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोपा के भीड़ ड्रायर पत्र (प्रधान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य आय वर्ग ड्रायर पत्र (प्रधान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिये गये विनाशी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रायोगिक सूची संलग्न				
①	Diagnosis RE cutaneous ECZematous				
Surgery:- NC-CHF-EPICOL					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो. गई सहायता रकम			
①	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कामना अवश्य पछाड़ जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा सकती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तुली भौतिक विधि के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में सच्च एवं सही है।
- 3) मैं नुस्खा करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्रत्येक जीवी व्यक्ति का अधिकार या सकान विवरण किसी अन्य घोषणाओं/विवरणों कानूनी रूप से न ले लिया है और न वे भविष्य में भैंडा।

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 दस्तावेज़ का अंगठी भी जावे सकता, ये (आवेदक) अपनी सहायता को दुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जीवंत और जीवन के विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया जाए, उसे "कोशिका" एवं नाम, नाम, जानकारी दूनों उद्देश्य से ब्रूही गौतमियता और उपलब्धियों के लिए किसी भी घटाव यथावत से सम्मति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये इतना ज्ञान के पहले या नाम ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हेतु कि मेरा नाम, नाम, जीवंत और विवरण ये कि सहायता को उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त स्थान, सहायता का इकाया नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जारीयों का विवेचन अविष्ट और वापसी करना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक द्वारा हस्ताक्षर या अंगूठे का लिया गया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- इसको अधिकृत, हस्पताली को अंदर से मालिनीरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवेचन सहायता हेतु भिकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विवर प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि वे तो पर्याप्त और न ही अतिशय में विवेचन सहायता किसी भी साकारी संस्थान या विवेचनी अन्य संस्थान से उक्त एरीजनोंमें ली जा सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवेचनीरीकारी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता विवेचनी अधिकारी/सकान हेतु मनुष्य जीवी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्था या विवेचनी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उक्त एरीजनोंमें हेतु विवेचनी भी साकारी संस्था या विवेचनी अन्य संस्थान से नहीं लेना/देना।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता योग्य विवेचन प्रकृति जैसी है। ऐसी परा अस्पताल हाथ दी गई सहायता या विवेचन यदि उपचार/इन्हियो का सूचय रीति एवं हस्पताल के लीन का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" हाथ विवेचन प्रकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इकाय सुनक और उसने जाने की जारी विवेचनी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" भी कोई भूमिका या विवेचनी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE,
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगूठा को तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regd. No. M. No. 100000)
दास्तावेज़ का नाम व डिप्लोमा वर्गीकरण

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
& Address of Hospital)
Institute Name & Address of Hospital
16/M, Thirumalai Road, Madras, Tamil Nadu, India
Phone No. 044-22222222, Fax No. 044-22222222, E-mail id: lakshmi@koshika.org
No. of beds: 1000 Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्काल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।