APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. 1 APPLICATION DATE fluilding black of life अरवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS जाप-पर्प SEX RM NAME of APPLICANT: अवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME | पिता/कटुम्भ का पाम KA91 वर्तमानु आवासीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS noamati. manay PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THIT SHORETH WIT OCCUPATION: Hone nut MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जविवाहित) व्यवसाद TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव (आय का साह्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। र्श / उद्यो FAMILY DETAILS परिचार विचरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिकार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) सिंग आवेदक के साथ सम्बन्ध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable). सहायता के लिये जिनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Cape (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अरूप आम वर्ग प्रमाण पत उपभोक्ता करही अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की साधा प्रति संसाप करे। (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संशान करें। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरण करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहरवता हेतु किये गये विश्ती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की ग्रई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संस्थ ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोट से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई ब्रहायता राजी क्रम संख्य अन्य रुखेत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: MINE BIT THYSE YES

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 8 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) में भोषणा काता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साल एवं सड़ी है। चीर कोई विकाश एन उधन असला पांच जाता है से मेरी महानदा निर्मा की जा सकती है।

2) में। इस जो सहायह राहि "बोहिका फाउन्हेशन", से तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में भा गया है।

मैं पुष्ट कात है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस गाँठ का आंशिक या सकत किसी अन्य प्रोत्ति वीवक केपनी से न वो लिया है और १ ही पंथिष्य में सुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अत्येशक द्वरा करत)

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.

(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.

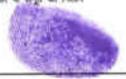
with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रयत पर अपने इस्ताधार या अंग्रहें की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपने घड़माँत की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रॉशिका कार्तदेशन और उसके न्यानीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवास इस इन्द्रेश में किया में किया के लिये कियी की प्रधार मान्यम में इसारित करते के लिए ऑधकृत हैं। मेरे प्रयत का विवास मेरे इलाज के पहले का किया के लिए क्रिका फाउडेंगन" व न्यामी ऑधकृत है।

2) मैं (आवेशक) इस बल से सहमत हैं कि मेत नाम, फल, फोटो और विकास को कि सहामता के उर्दरचें से प्रार्थित है मुझे स्थल: सहामता का तकदार की बनाता इस सम्बंध में "क्षीतका" एवम् उसके न्यासियों का स्थिप जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेटक के बासकार का अंगूर्त का निज्ञान



AGREEMENT by HOSPITAL (ENGIN SIG WOL)

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 station is heavy on the arrangement between the patient & the Hospital, and its in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only infancial in nature. The choice of the freatment/procedure advised/conducted by the Pospital of the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & if's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को ओर से नामले/रोगी को "कोशिका कारक्वेंडान" से जितिय सहायता हेंद्र सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्थाता) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोतात फरते हैं।

1) यह कि न तो वर्तियान और न ही भविष्य में विविध सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या से तो है, जैसे कि इमने "कोशिका पराव्येशन"

से शिवर्गिका/विन्ति उच्च के सम्बंध में "कोशिका फरट-वेशन" द्वार मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार सहस्था विनित आश्रिक/सकल हेतु चन्तु। नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य सम्बंधन से सहस्था लगे की अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में शी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल हुना दो गई सलाह पा किये गये उपकारप्रीक्रमा का चुका रोगी पर्श हस्पताल

के बीध कर विषय है और "क्षोतिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरका और माने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्षोतिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति dr. Lakshmipathi N Managar Outreach **Date of Surgery** Dr. Laxmi Dorennavar Institute for Diabetes & Eye Cars ऑपोलन की तरीख (Name, Designation & Starts of Authorised Signatory MBBS, MS, FPRS, FICO 16/M, Thirmminion behalf of Hospital) Consumité à Prince du Reinsctive STREET NOTES OF AL नाम च पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी ञान्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताधर ।