

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राकृतिक

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

B/0823/0873

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि: 17/08/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Chandramma

AGE-YEARS वय-वर्ष:

65

SEX लिंग:

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकुली का नाम:

W/o K Ramaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिन्दा वास्थानिक पता:

Vidya peta Kere megala doddi maddur

Taluk Besagarahalli mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वासिन्दा वास्थानिक पता:

Same as above

**Koshika**  
Foundation  
Building No. 422



pre OP      post OP  
0873 Chandramma

OCCUPATION:  
अवश्यकता

Home maker

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (वरीगिल)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय:

—

(Attach Proof of Income)

(आय का स्वाक्षर संलग्न)

PAN No. स्वाक्षर खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मैं आय अनु वार राता हूं (जो मान्य हो उस पर मार्गी का निश्चय लगाये।)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS घरियां विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरियां के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ जड़बंध
1>	K Ranga swamy	68	M	Husband

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाई आधार:

BPL Card (Attach Card Copy)✓	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
जनरीकी रेखा के नीचे द्रुपदी पापा (प्रमाण पत्र की लागत प्रति भंडार करो)	जनरीकी रेखा की द्रुपदी पापा (प्रमाण पत्र की लागत प्रति भंडार करो)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति भंडार करो)	जनरीकी साक्ष

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महानात्मा हेतु किने गये विनाई का उद्देश्य:

Sn. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लिकेशन/ड्रीफ्ट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1>	Diagnosis	RE contract LP contract
2>	Surgeon	LB g contract + PCICOL

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्वीकृत सहायता राशि
1>	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा जीवित पत्रः

- 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(s), in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं पापा करता हूँ कि इस प्रकार मेरे जन्मी विषय से अलगाव के अनुसार पाप यह नहीं है। मेरे कांडे विषय एवं काम का पाप यह कहता है कि मेरी सहायता लिया की जा चाहती है।  
 2) मैं इस बो महामाणी परिवर्तन-प्रदानकारी, मेरी जा नहीं है, उम्मीद उत्तेजन भी उत्तेजक को गृहीत कर दिया विषय वायेगा, जो इस प्राप्ति में पाप नहीं है।  
 3) मैं पूरी करता हूँ कि विषय सहायता है यह शर्तें की गई हैं। यह शर्ति का अविवाक यह सकारात्मक विषय किसी ज्ञान छोटीसियोंका/बीम कामदी ये वे हो सकते हैं जो न ही पर्याप्त न होंगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा करता)**

- 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 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.

3) इस प्रयोग पर अपने हस्ताक्षर का गोदान दी जाएगा, वै (आवेदक) इसने याचिनी की पुष्टि करते हुए "काशिका फाउंडेशन की रकम का साथ" या, घोटी जीरे को लिखता हुआ प्राप्त में दर्शाता है, तो "काशिका" एवं नामी, दाता, याचिनी का उपरोक्त से प्रश्नी गतिविधियों और इसकी विवरणों के लिये किसी भी जाता याचिनी में उल्लंघन करने के लिये अधिकृत है। मेरे जरूर या लिखता हो सकता कि इसके बाहर मेरे जरूर या लिखता हो सकता कि इसके बाहर कोई अधिकृत नहीं है।

4) वै (आवेदक) इस काल में जल्दी ही कि संस्कृत, पाता, घोटी आदि लिखान जो कि याचिनी का उपरोक्त में दर्शिया गया है उसके नामीयों का स्थिर अधिकृत और याचिनी की होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

स्वास्थ्य के लकड़ी तथा लिंगों

AGREEMENT by HOSPITAL (OWNER OR AGENT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we  
hereby declare & accept following:

- (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.

प्राचीन विद्यालयों की ओर से जल्दी तो "विद्यालय पाठ्य-संग्रह" से विद्यालय विद्यार्थियों को लायी है। विद्यालय (कल्पनालय) निम्न छात्राएँ में सम्बन्धित कार्य हैं।

- १) यह कि न हो कर्तव्यमान और न हो शक्तिवाले विकास या विकास जन्म संसार में लेंगे यह तो चाहे है, ऐसे कि हमारे "कांसिका पाठ्यनाट्य" वे विकासीता विभिन्न उत्तरों के समझ के "कांसिका पाठ्यनाट्य" द्वारा संभव विकास विकासकरण हो जाता है तो अस्यात्मा किसी तरप्रय गैर सलकारी संघरण या किसी अन्य सम्बन्धमें जहांगार लेंगे वह अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में सभी कठोर जाता है कि अस्यात्मा द्वितीय मार उत्तरों द्वारा ले लेगा और:

२) "कांसिका पाठ्यनाट्य" ज तीर्त हो जानकारी के लिए विकास उद्दृति की है। ऐसी वा इस्यात्मा द्वारा हो वह संसार वा किसे एवं इत्यादिभिराका युक्त रीति एवं हमारा

के बीच का विषय है। और "कांसिका पाठ्यनाट्य" द्वारा किसी द्वाकार वा कोई रक्षण नहीं है। इस्यात्मा इस्यात्मा में लेंगे के इनकार सुरक्षा और जाने की आशी त्रिप्यासी रीति एवं हमारा

में लेंगे वह "वर्णनात्मा" जो सर्वों संसार का विनोदात्मी है। व्यापरीं में जीती होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृतो च लिप्त संस्कृति

*John P. O'Brien*

Date of Surgery सर्जिकल दिन की तारीख  17/08/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS,MS,FPMR,FCO Consultant Surgeon (Name of Dr. & Regno No. with Stamp) कॉन्सल्टेंट सर्जन क्रमांक संख्या १३४	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Sri Ramakrishna Mission Trust.) # 16/M, Thirumalai Road, Mylapore, Tamil Nadu - 600 004
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

आनंदिका देवालय रोड

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी रामेश्वर 2

*Siegwald*

ScirB