

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building blocks of life.
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	B10824/1080	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	7/8/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Lakkamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सदृश का नाम	100 lati channappa	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासाना जीवनस्थान पता		Near Anganwadi - manganeri, T. P. Huk Taluk - Tumkur District - Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासानी पता		PO Box No. 1080 Lakkamma	
OCCUPATION: व्यवसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income). (आय का साध्य संतुष्टि)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अपने का दाता है? (जो सभी ही उमेर का नियान संगत है)		Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS वंचित विवरण			
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
①	Keshiwarthy	53y	m
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विषय जापान			
EPL Card (Attach Card Copy) यांत्री रोड परीक्षा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभी प्रक्रियाएँ की गयी हैं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्तम व्यवहार प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप तकी मंत्रालय द्वारा)	Ration Card (Attach Copy) उपपालन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप तकी मंत्रालय द्वारा)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किसे वह वित्तीय का उद्देश्य:			
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्य-विभाग से लारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis: Rictus art LE rictus		
Emergency: LF cat + PCTOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस गवर्नमेंट सहायता राशि	
①	DBCS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** અર્થાત્ તમા પણ કરો

- 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्रकाश से दिये गए सभी विवाह में सम्बन्धी के अनुपात सभी एवं सही हैं। यदि कोई विवाह ऐसे कारण असाधारण पापा जाता है तो मेरी सहायता विषय की का सही है।

2.) मेरे प्राप्त ये सहायता गति "कलशिकर विवाहदाता", से नीचे जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विषय जारीना, जो इस प्रकाश में पाया गए है।

3.) मैं पूरी करता हूँ कि विषय सहायता ही यह प्रबंधन की चीज़ है, यसका लाभ का व्यापक या व्यक्ति विषय किसी अन्य संस्थानप्रियोक्ता/वैदेय कामीनी से व तो लिया है और न ही व्यवधान में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (check box 301)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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.

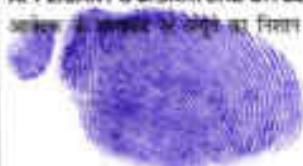
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest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

(1) इस प्रत पर अपने हाथधारा या जाहिर की त्रैय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सम्मति की पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यायोद्धे " को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, कोटी और ये विवरण इस प्रत पर ये गतिषय है, उसे "कोशिका" एवं नामी, सर, वरकरण इसे उद्देश्य मे तुम्ही गतिषयोद्धे और उल्लिखित के लिये किये भी प्रत पर विध्या मे प्रतिस्ती करने के लिये अधिकृत है। मे प्रत पर का विवरण मे इतने के पहले या बाद मे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस प्रत मे यहापन हूँ कि ये नाम, पता, कोटी और विवरण ये कि विवरण के उद्देश्य मे इधिकृत है पुष्ट स्वाभावित विवरण का सकारा नहीं करता। इस सम्बन्ध मे "न्यायोद्धे" एवं उपरोक्त विवरण का लिये अधिकृत और वाचकाती होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्राचीन विद्या का निराकार



AGREEMENT by HOSPITAL (क्रांति द्वारा)

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.

इसको अधिकृत, हास्पताल की तरफ से ग्रामरेखी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु प्रियोग की जाती है, जिसे हम (हमस्थान) इन चक्रों से यानि व स्वीकार करती है।

1) यह कि न तो बर्टेपान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी ने सहकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त संस्थान/सम्पादनों में संगें या ते दें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविध उक्त संस्थान ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किए हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाई गयीकृत/सकारात्मक हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अम्मला किसी अन्य और सहकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार दूरीकृत रखता है। हम पूरी तरह कहा जाता है कि अम्मला विविध प्रदान उक्त संस्थान/सम्पादनों हेतु किसी ने सहकारी संस्था के किसी अन्य संस्था से यही लेंगे/रहेंगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नी गई सहायता कोइस विविध प्रकृति नहीं है। हेतु, पर हमस्थान द्वारा ये गई सहायता या विवें गये हमस्थान/प्रियोग का चूनाव ऐसी एवं हमस्थान की ओर से की जायेगी है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकात का कोई दबाव नहीं है। हमस्थान में योगी के इकात सुनाएं और आने जाने की योगी किसीपरी ऐसी एवं हमस्थान की योगी जैसे "कोशिका" को कोई भाविता या विमर्शाती इस सम्पादनों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. Lakshmipathi N  
Manager Outreach

Date of Surgery अंगोल को तीरा  18/11/	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS,MS,FPRS,FICO</b> <b>(Name &amp; Designation with Stamp)</b> दाक्तर लक्ष्मी डोरेनवर एम्बीएस,एम्स,फप्रस,फिको D.M.C. No. 99244	Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व वर्ष हम्माई अस्पताल अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

#### **अन्तर्रिक दृष्टिकोण से**

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी इस्ताधर 2

*Schwarz*

See B