

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 310824/1169 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 13/8/24 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: Sannu Shetty आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 61 आयु-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S. Puttannaiah Shetty पिता/पत्नी का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kothavadi, Channarayana District, Karnataka वर्तमान आवासीय पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवासीय पता		PROOF POSTED: 1169 Sannu Shetty			
OCCUPATION: unemployed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 0 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. [blank] आय कर पहचान संख्या		RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		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 से साथ सम्बंध	
1	Subhadraamma	75	F	wife	
2	Kumar	24	M	son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis: RECTAL AF RECTAL				
Surgery: RECTAL PROLAPSE					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	DBCS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र-

- 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 यहाँ पर क़ात हूँ कि इस प्रक़प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा है सहायक राशि "कोशिका फ़ाउन्डेशन", से ही आ रही है, इसका उपयोग उद्योग उद्योग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक़प में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ क़ात हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रत्येक को गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकत किसी अन्य स्रोत/निरोपक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEESE DIV WITH)

- 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/post-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 fulfillment 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 प्रश्न पर अपने इच्छाओं या संकेतों की सहायता लेकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दात, प्राप्तक/दातुओं उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पत्रचम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छाओं पहलू या सहायता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेक के इलाका के अंग्रे के निगान

AGREEMENT by HOSPITAL: [HOSPITAL USE ONLY]

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

गन्धीकाली के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
18/M, Thirumalah Road, Villupuram, Tamil Nadu
(Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
जय अ पा हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennava
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant (Dr. B. Regn. No. with Stamp)
Karnataka State Medical Council, Bangalore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायों इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2