

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य प्रदान)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B08241170	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 13/8/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Komparah	AGE-YEARS वार्ष-वर्ष : 66	SEX लिंग : ०	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : Sl6 Belliah			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पत्ता puttanapura, channacheynagar D'smtd Kundutakg			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रसाई आवासीय पत्ता — 11 —			
OCCUPATION : अवस्था : unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप को साथ संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : ₹ 0/-			
PAN No. स्ट्रीट खाता संख्या :			
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का नियान लगाये):			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या : ①	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम : chinnamma	Age (Years) उम्र (वर्ष) : 61 4	Gender लिंग : ३६
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध : Wife			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिये जिनकी आधार :			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्राप्ति पत्र (प्राप्ति पत्र को साथ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्षण आय कर्ता प्राप्ति पत्र (प्राप्ति पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्राप्ति पत्र को इच्छा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधा
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिये गये जिनकी का उद्देश्य :			
Sr. No. क्रम संख्या : ①	Medical Reports/Prescriptions Attached जरूरतानुसार आवेदन के लिए जीवी गई प्रतिवेदन सही संलग्न Diagnosis:- RE-rectal and AE rectal Emergency:- RE-cut rectal procto-rectal fistula		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य व्यक्ति से दिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या : ①	NAME of OTHER SOURCE अन्य साहित का नाम : NBCS	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED तो किसी व्यक्ति से सहायता दी गयी	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: वारंवार द्वारा पूछता रहा:

- 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 कानून करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये सभी विवरण में सहमती का अनुकान यह होता है कि मैंने यह विवरण एवं कानून अनुसार यथा बताता हूं तो मैंने महाप्रशंसन की काम करता हूं।
- 2) मेरे द्वारा की गयाया यह "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण जाता है, जो इस प्रकाश में भी यथा है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण महाप्रशंसन द्वारा यथा प्राप्ति की गई है, उस याती का विविक या सहमत विवरण किसी भव्य आंतरिकोक्त/बोध कानूनी से व तो लिया है और वही परिणाम में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्रोक्ष 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 प्रकाश पर ममीन दावताना या अन्य की सारा स्वतंत्रता, मैं (अप्रोक्ष) जल्दी महाप्रशंसन की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीरों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यथा यथा, योग्य और योग्य विवरण इस प्रकाश में भीप्रकृत है, जो "कोशिका" एवं नामी, दूसरे वाचकाना दूसरे उद्देश्य में भीप्रकृत विवरण और उपलब्धियों के लिये किसी भी व्यापार वाचकाना से उत्पत्ति करने के लिये अधिकृत है। मैं इस प्रकाश का विवरण में इसका कोई विवरण नहीं दूसरे उद्देश्य में भीप्रकृत है।
- 2) मैं (अप्रोक्ष) इस बात से सहमत हूं कि मैंने यथा, यथा, योग्य और विवरण को कि गयाया वे उद्देश्य में प्राप्ति है तुम्हे बताता हूं महाप्रशंसन का उक्ताना भी करता हूं इस वाचकाना में "कोशिका" एवं उसके नामीरों का विवरण भीप्रकृत विवरण और वाचकाना होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंटक के दावताना के अधिकृत का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हमस्ताना 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 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.
- इन्होंने अधिकृत, उत्तमता की ओर से यामतोरोंगी की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महाप्रशंसन द्वारा प्राप्ति की जाती है, जिसे हम (हमस्ताना) निम्न उच्चार से यथा व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न हो यामता और न हो भविष्य में विविध महाप्रशंसन किसी भी ग्राहकानी संस्थान या किसी अन्य संस्था में उक्त योग्यतानामीने में सेरी या तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविधताविनी उक्ता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है; यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाप्रशंसन किसी भी ग्राहकानी संस्था या किसी अन्य संस्थान में सहायता नहीं का अधिकान सुनिश्चित रखता है; इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्ताना फिरी बदल उक्त उक्त सेरीप्राप्ति होती जिसी भी यथा वाचकाना की संस्था के विवरण भी यथा वाचकाना के संस्थान से नहीं लिया जाता।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई ग्राहकानी को विवरण प्राप्ति की है; यहाँ पर हमस्ताना द्वारा दी यह मानह का विवरण ग्राहकानी का युग्म योगी एवं हमस्ताना के विवरण का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का नोट द्वारा नहीं होता है। इसीलिए हमस्ताना में योग्य के उक्त योग्य और अन्य योग्य की याती योग्यतानामी योग्य एवं हमस्ताना की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विविधता इस वाचकाना में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृतानी के लिये संस्कृती

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
16/M, Thimmaiah Road, Mysore
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
on behalf of Hospital

नम्बर व पर हमस्तान अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोरण की तारीख 13/8/2024	Dr. Laxmin Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) KMC No. 20244	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
---	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी दावताना 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी दावताना 2