APPLICATION No. 18 OS 24 17 APPLICATION DATE 24 APPLICATION NO. 18 OS A TROP 24 APPLICATION 25 APPLICA	APP		ORM FOR ASSISTANCE त् आसेदन प्रारूप		lthcare) य देखभास)	Koshika	
THE THE THE POUR DUEST NAME: PRESENT RESIDENCE ADDRESS PRIVE STRUTTURE	गमेदन प्रस्ताः 📙	10824	11 77	आवेष्त क्रियी 114	18124	**	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSANANT RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय पात PERSON RESIDENCE ADDRESS : चर्च अपनापीय RESIDENCE R	तबेदक का नाम	made	bavi				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: seed admitted to Both Strain Company (April 1) UNMARRISED (अधिवारित) CCUPATION: (CCUPATION: PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: seed admitted to Both Strain Company (April 1) UNMARRISED (अधिवारित) (April 1) UNMARRISED (William) (April 1) UNMARRISED (W		HAME: DI	O-Thampanna PRESENT RESIDENCE ADDRES	gourda इ वर्गान आवासीय	ual .	100	
CCUPATION: FRIEND FOR ANNUAL INCOME:	b raama	anaha	lli, Benakani Jatuk Ka	ikne p anutuk	051.	3 3	
MARRIED (News) / UNMARRIED (अवशावा) NACHER SITE ((Attach Proof of Income) (आप का साध्य संस्था) N No. रबाई खाता संख्या अप आप का रहता है (जो मान हो उस पा मार्टी का नियान संस्था) अप आप का रहता है (जो मान हो उस पा मार्टी का नियान संस्था) Sc. No. Name of Family Member Age (Years) अप अंद्राया पीतवा के सरहा की का अप		P	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	S : स्थार आवासीय प	et .	pro DP POSTOP	
MARRIED (News) / UNMARRIED (अवशावा) NACHER SITE ((Attach Proof of Income) (आप का साध्य संस्था) N No. रबाई खाता संख्या अप आप का रहता है (जो मान हो उस पा मार्टी का नियान संस्था) अप आप का रहता है (जो मान हो उस पा मार्टी का नियान संस्था) Sc. No. Name of Family Member Age (Years) अप अंद्राया पीतवा के सरहा की का अप			- 11			TITY + mallhay	
स्व प्रशिक्ष आप । No. स्वर्ग क्वारा संख्या । No. स्वर्ग क्वारा संख्या । No. स्वर्ग क्वारा संख्या । FAMILY DETAILS परिवरण FAMILY DETAILS (Fich whichever is applicable)	प्रवसाय	Ho	or orales		MARRIED (Red	नेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
AN No. स्थार्ट काला पंराच्या RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): () प्राच्या प्राच्या के त्या पर सही का निशन शरायोः () प्राच्या प्राच्या के त्या पर सही का निशन शरायोः () प्राच्या प्राच्या के त्या पर सही का निशन शरायोः () प्राच्या के प्राच्या के त्या के		ME:					
Sc. No. Name of Family Member पालिए के रहर या सही का निशन संगयी Sc. No. Name of Family Member पालिए के रहर यो का क्या अप अप (क्या किए का अपोरक, के साथ सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का सम्प्रम्) Relation with Applicant अप्र (क्या का अप्र (क्या का	AN No. स्थाई खाता सं				Charles and Charles	200.00	
Se. No. Name of Family Member प्रमुख्य प्राचित्र के उस्त्र प्रमुख्य के वस्त्र प्रमुख्य प्राचित्र के उस्त्र प्रमुख्य के प्रमुख्य	RE YOU AN INCOME व आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE है (ओ मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	श्री /	TIE		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात के लिये विमानि प्रत्या BPL Card (Attach Card Copy) गरियों रेख को ग्रेड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को प्राचा पात्र (प्रमाण पत्र को प्राचा पत्र (प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र कार्य को प्रचा पत्र *** *** *** *** *** ** ** **		N	one of Family Member	Age (Years)	Gender	Gender Relation with Applicant	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात के लिये किसीने उपचा BPL Card (Attach Card Gopy) गर्मियों रोख को गीजे 'प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अपयों प्रमाण के बी अपयों पत्र किसीन करें) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अपयों की अस्त्र करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अपयों किस करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अपयों की अस्त्र की अपयों क्षित्र करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अपयों की अस्त्र के अस्त्र करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अपयों की अस्त्र की अस्त्र करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अस्त्र की गर्म व्यविकार करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायात हैंतु किस गर्म की अस्त्र की गर्म व्यविकार करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायत के अस्त्र की	अध्य समया	7/4/00/	विषय के सदस्यों का नाम	the state of the s	The state of the s	आनंदक, के साथ सम्बंध	
BPL Card (Attach Card Copy) गरियों रेखा को गरिने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को कार्य की की कार्य की कार्य की कीर्य कीर्य की कीर्य की कीर्य की कीर्य कीर्य की कीर्य कीर्य की कीर्य की कीर्य की कीर्य की कीर्य की कीर्य की कीर्य कीर्य कीर्य की कीर्य कीर्य की कीर्य की कीर्य कीर कीर्य कीर कीर्य कीर कीर्य कीर कीर्य कीर्य कीर्य कीर कीर्य कीर्य कीर्य कीर्य कीर कीर्य कीर्य	13		o la		- No.	COSCILITION	
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Capy) (Attach Ca	(J	17)71	51.)	3914	71.	30.11	
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Copy) (Att							
(Attach Copy) गरीची रेखा को नीई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाचा प्रीत प्रमाण पत्र की खाचा प्रीत संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायसा होतु किये गर्मे किसती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reportal Prescriptions Attached अस्पताल प्रीचिट से जारी थी गाँ प्रशिवेदन सुन्धी संस्था अस्पताल प्रीचिट से जारी थी गाँ प्रशिवेदन सुन्धी संस्था ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस अद्देशय को होतु कार्य अहायक किसी अन्य सहाय गाँ वा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संत्रमा अस्य गाँ सहायता यहाँ।					chever is applicable)		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्प मंड्या अस्प्रताल/प्रीक्टर से आरी भी गाँ प्रशिकेटन सुनी संलाल () () () () () () () () () ((Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीफ्रे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र	4	Attach Copy) एपमोक्ता कार्य		
अस्प्रताल विकास से जारी भी गाँ प्रतिवेदन सुनी संलाल							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य भी होतू कोई अन्य सहायक्ष किसी अन्य स्थार में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम अन्य स्थीत का नाम स्थित वर्ष महामता गया	100000000000000000000000000000000000000					4	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य भी होतू कोई अन्य महाया किसी अना समेर से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम स्वीत का नाम		Magnosis - Kilawaa					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देशन भी होतू कोई अन्य महायात्र किसी अना स्थोत में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संक्ष्म का नाम स्थी महावता ग्रेगी			-	15 6646	sact		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायक्ष किसी अना स्थोर में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संक्षेत्र अस्य संक्षेत्र अस्य संक्षेत्र अस्य संक्षेत्र		Cinc	SINCLEAU - DE CLI + PEPPONOCI IMANIA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य भी होतू कोई अन्य महायक्ष किसी अन्य नगेत में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य मंत्रेण क्या महिल्ला पर स्थापक किसी क्या नगेत में लिया गया हो?		300	0		8 A cosett - 1	TESTOM TO	
इस उद्देश्य में हेतू कोई अन्य सहायक्ष किसी अन्य संहेट से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाग सी यई सहायता राजी			-10.2				
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई महावता राजी			ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAME "PURPOSE प्रशासक किसी अना	E" from OTHER SOURCE	ŒS	
0 100	कम संख्या —	00	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
		105	5		80	VU /-	

DECLARATION by APPLICANT: SERVE BY VIVIE VIV.

- 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 hareby 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.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रक्रण में दिने गये सभी निकाण मेरे व्यनकारी के अनुबार सत्य एवं नहीं है। यदि कोई विकरण एवं कथन असला प्रण जाता है तो मेरी स्वापना दिस्स की या सकती है।
- 2) मेरे द्वरा जो सहस्यक गरेंत "क्रोसिका फार-बेसन", से ली जा फ्री है, उसका उठवेंग उसी उदेश्य की मूर्ति के लिये किया कार्यग, जो इस प्रक्रम में पर गया है।
- में चुच्च करता है कि मिस सहायता हेतु यह प्रसंध की गई है, इस शांक का आतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेळ नियोजक कीमा कामनी से न तो लिया है और न ही समित्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (server po war)

- 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.
- इस प्रथम पर अपने इस्तक्षर या अंगरे की साप लगाका, में (आयेशक) अपनी सहगति की पुष्टि काता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेहर और उसके नासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेंग जग, क्ता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में फोबित है, उसे "सोशिया" एवम् न्यासी, बान, याचनान्या दूसरे अद्देश्य में पूढी गतिनिर्धाओं और उपलब्धियों से दिन्ये किसी भी प्रसार याण्यम सं प्रभातित करते के लिए अधिकार है। यो प्रपत का विवरण मेरे इलाज के पतले या बार में कारते के लिए "कोशिका साववेंसन" व न्यासी अधिकत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, पति और विवारण को कि सतामता के उर्दरमों से प्राचित है मुझे सबत: सहामता का हकपार नहीं काता। इस सम्बंध में "कोशिका" ध्यम् उसके न्यसियाँ का निर्णय अतिम और बाध्वकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेटक के ब्रामाश्रा या अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (THRIBE DID WATE)

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.

हमारे अधिकत, हम्लाक्षी की ओर से मायनेशीयों को "कोशिका काउन्होंना" से वितिय सहायता हेतु सिकाशित की जाते हैं, जिसे इन (हस्ततात:) निन उकार से मान्य व स्वीतार करते हैं। प्रक्ष कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष सहायता कियों गैर सामारी संस्थान का कियों तोन स्थीत से उक्त ऐसी.पामले में लेंगे का ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉलिका काउन्लेकन" र्थ संस्थारिक/क्षेत्रति उस्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा गरद हेतु कि है। यदि "कोशिका कारान्देशन" द्वारा स्वायत किर्यति साहिक/सकत हेतु सन्तुर नहीं किया जारा है से सन्स्थात विक्रों अन्य के साम्रात संबंध या विक्री अन्य सन्तापन से सहायत तेने का अधिकार सुर्वित रखत है। इस पुष्टि में स्पप्ट कहा जात है कि अस्पातन दिवीन मदद उक्त सेवी-पामले हेंतु किसी रीर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्यन में नहीं लेगा लेगी।

🤰 "कोशिका पाउन्हेंगन" से भी गई सरावण केवल विशिष दक्षित की है। रोगी पर हस्यशान द्वार ये गई समाह या किये गये उपयादाक्रिया का पुनाय रोगी एवं हस्यशान को बीच का विश्वय है और "बोरिशका काउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने को की सारी जिस्सेद्वारी रोगी-कुन हस्पताल की होती और "क्वेरिका" की कोई शुप्तिका या किम्पेशरी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FPRS, FICO Consultantol Philes de Reit Serie KMC No. 90244

Vr. Lakshmipathi N Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trus.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तीक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी प्रस्ताका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यमी प्रस्तका 2