

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (न्यायिक सेवापाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या:	N1102211211	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/10/22	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Rudronamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	90	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	D/o Shivanna	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान वासस्थान वला Belamangala Taluk, Mysorehalli Bangalore Rural, Karnataka 562123		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: मध्य वासस्थान वला		
Same as above				
OCCUPATION: पेशी:	Unemployed	MARRIED (जिवान) / UNMARRIED (अजिवान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कैम्पनी:	—	(Attach Proof of Income) (आवेदक का मासिक घोषणा)		
PAN No. वार्ड क्रम संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मध्य वार्ड का दाता है (कोई वार्ता तो उस का जारी कर दिया गया)		Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS घरिलू विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिलू के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Nanjundappa	84	M	Husband
2.	Manju Nath	36	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरण आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof (वार्ता कोई सम्बन्ध)	
गोपनीय विवर के लिए इसके प्रयोग पर (वार्ता को लाप्त की जाना चाहिए)	उपलब्ध वार्ता प्राप्त करना (प्रयोग का को लाप्त की जाना चाहिए)	उपलब्ध वार्ता (प्रयोग का को लाप्त की जाना चाहिए)		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवर एवं विवरों का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल अधिकारी से जारी की गये डिजिटल सूची संहिता			
1	Diagnosis	-	RE - Cataract	J.F. - cataract
2.				
3.	Stergony		RE - Cataract + PCOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एवं उल्लेख के हेतु कई अन्य सहायता विवरी अव्य लाभ से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हाँ गये सहायता राशि		
1	BBCS	5000/-		

DECLARATION by APPLICANT: આપણે કરી ચેયાં છી:

- 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 काम करता हूँ वे एक जगह से यह काम किया गया था जो काम का ऐसा ही है जो कि आपके लिए काम का ऐसा ही है।
 (2) मैं यह जो काम करता हूँ "काम करने के लिए", मैं नहीं करता, अब उसका कोई और कोई भी लाभ नहीं है जो कि आपके लिए काम का ऐसा ही है।
 (3) मैं ऐसे काम करता हूँ जो कि आपके लिए काम का ऐसा ही है, जो आप को काम करने के लिए किया गया था जो कि आपके लिए काम का ऐसा ही है।

AGREEMENT BY APPLICANT (initials or name)

- 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 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.

3) इस प्रकार कि अपने हाथात या संदेश की तरफ लगाकर, मैं (अवधें) कामी सहायता को पुरी तरह दृष्ट बोलता हूँ कि "कोशिका यात्रार्थकारी और उत्तमी ज्ञानीयों" को अधिकृत बताता हूँ कि मेरा जन्म, जन्म, जन्म वही जिसका इस दशरथ में घोषित है, जो "कोशिका" यात्रा-नामी, जन्म, जन्मकाला एवं दर्शन से जुड़ी विशिष्टीयों और उत्तमीताओं के लिये बिल्कुल भी उत्तम व्यक्तियों के लिये घोषित है।

4) मैं (अवधें) इस तरह के समाचार हूँ कि मेरा जन्म, जन्म, जन्म वही जिसका जो कि साराजन को उद्देश्य से घोषित है पुरी तरह समाचार का लकार वही बनाता। इस सार्वतंत्र में "जन्मीय" इसका अर्थवाचक जो विशेष लिखा गया अस्तित्व है।

卷之三 國際化與社會政策：從政治到社會政策轉變

www.ijerpi.org



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM OR FIRM)

- By affixing her/himself, 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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्तकीयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विद्यमान हो गिरावट की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न चक्र से घायल कर्त्ता करते हैं।

 - 1) यह कि हम इस वर्तमान में विद्यमान विधी से आवाही अनुसार या विधी अनुसार से उपलब्ध विधीयांगती से लेंगे नहीं देंगे हैं, जिसे हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से खात्रिविधि उपलब्ध कराया है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नहीं हो दिया है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वायापक विधी विधिवाक्यकर्ता हो जाना यही किये जाते हैं जो वायापक विधी अनुसार वायापक या विधी अनुसार से वायापक नहीं का अविकार छुप्ते रहते हैं। यह यूटि ये बदल करा जाते हैं कि वायापक विधीय प्रदर्श उपलब्ध विधीयांगती से हो जानी वायापक या विधी अनुसार से नहीं संभव होती।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से स्टोरी एवं वायापक कंडेन्स विधियां छापते होते हैं। ऐसी या इसका द्वारा हम साथ या विधी गणे वायापक विधियां का विवर दीर्घ तरीके से इसका

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम को तिथि	Dr. Naresh B N Consultant Medical Superintendent, Conea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diseases of Eye Care (Name of Dr. & Right. No. will stamp) (A Unit of Sombehalli Eye Care Trust) PIN No. 562123	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Sombehalli Eye Care Trust) # 16/M, Thimmapura, Hassan, Karnataka 573233
11/10/22		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशिका फूंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाजी रामेश

SIGNATURE of TRUSTEE 2
रामेश रामेश 2

Syfanyal

Eric