

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप					
(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B0824/1296			APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 27/8/24		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम kalappa			AGE-YEARS आयु-वर्ष TO म		SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम S/D chikkanna					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Madduralli, Rampasa, Chikahatti, Maji Kere taluk, Naranasiddhi Taluk, Kolar Dist.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता 					
OCCUPATION: व्यवसाय unemployed					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय					
PAN No. स्वामी खाता संख्या					
ARE 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 / Nd हाँ / 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 संबंध	
①	Rajappa	M/U	m	SON	
②	Praabhu Kumar	86Y	m	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रमांक संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	DIAGNOSIS RE-CATHETERIZATION				
	SURGERY:- L.F.C.A.T.P.R.O.M.I.N.E.D.S.U.				
					
					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
①	DBLS		200/-		

- 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 शोधक बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में रिपे गये सभी विभाग मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विभाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापत्र दलित "कोशिका काउन्सेलर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस साहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस दलित का आर्थिक या सफल हिस्सा किसी अन्य छात्र/निरीक्षक/बीबी कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 हस्तक्षर या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एपम् न्यासीय, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालने या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिभूत, हस्तधारी की ओर से पामले/रोपी को "कोशिका पावनन्दन" से विलीन महापन्थ हेतु मित्रवर्धन की जाती है, जिसे हम (हस्तमाला) निम्न प्रकार से पाम्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बायोपन और न ही बायोथर्म में प्रितिवि सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य नती से उक्त रोपी/पामले में लेने या ले रहे हैं, जब कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रितिवि/विनिमि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमि अतिबाधकता हेतु मन्तु नही किया जाता है तो अस्पताल से प्रितिवि/विनिमि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रितिवि मदद उक्त रोपी/पामले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेा गई सहायता कोवल प्रितिवि प्रकृति की है। रोपी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये इस्पताल में रोपी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminathi N.

Dr. Laxmi Dorennava
MBBS, MS, FPRS, FICC
(Name of Dr. & Reg. No with Stamp)
Consultant - Plastic & Reconstructive
Surgery
KMC Reg. No. 99244

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care,
(A unit of Spreading the Eye Care Foundation)
B-304, The Mahabub Road, Miller Tank Badli
नाम व पद हायवोल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयमी कस्तुर्भर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अध्यायी २

न्यायमी हस्तुधर ।

अध्यायी २