

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : B/0924/1460

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/9/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Sadashivaiah

आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Shankarappa

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kalluribetti helli, Koudligatta, Tiptur CD
Tumkur (D) Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

————— 11 —————

Post of Pte of
1460 Sadashivaiah

OCCUPATION : Coolie.

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000 ₹

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 के साथ सम्बंध
①	Radhamma	67	F	wife.
②	Hanish	32	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE - correct LE - correct
②	Surgery RE - correct

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 लौ गई सहायता राशी
①	DRCS	3000 ₹

- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)**

2) वे (अध्यापक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापात के उद्घरणों में प्रेषित है मुझे स्वतः महापात का हकदार नहीं करता। इन सम्बंध में

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो यह संभावना होना प्रकट होती है। रोगी पर हमला होने पर दो याँ सप्ताह या कितने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला करने वाले का विचार है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हमला करने वाले रोगी के इलाज मुफ्त और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Prasad N.
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Ramachandra Medical Center)
M. Thimmaiah
आर्य समाज परामर्शदाता, अहमदाबाद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich