

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देशभास)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	3/09/24/1469	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/9/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Ranganayaka	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME जिला/कट्टम का नाम:	S. Lakshmi Koenayak	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहुमान आवासाय पता कोड, गल्कुर्के, Nonnawali Hobli, Tiptur, Hukk, Tumkur District, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासाय पता		
OCCUPATION: बदलाव	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (आवेदक का साध्य साहाय्य)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): ना आय जाप कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशाच लगाये)				
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Gowda	65y	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न अधिकार				
EPL Card (Attach Card/Copy) गवर्नरी रेल के नीचे प्राप्त वर्ष (प्राप्त चुक्के साथ छोटे संलग्न करें)	EW5 Certificate (Attach Certificate Copy) साप्त वर्ष की प्रवाल वर्ष (प्राप्त वर्ष की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्राप्त वर्ष की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जरूरताल/डॉक्टर से बढ़ी जीवं प्रतिवेदन सही संलग्न			
①	Diagnosis:- RE cataract LE cataract  Surg Enq:- LE catt IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किए अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रकम		
①	DBCS	8000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की-

- 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.
  - 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.
  - 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिये गये विकास मेरी जातकारी के अनुसार लगते रहें रहते हैं। यदि कोई विकास एवं काम अस्वीकार करता है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा ये सहायता गरिः "कालिका वाहनीकरण", ये नहीं जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की गृहीत के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रकार में भाल रखा है।

3) मैं पूरी करता हूँ कि यह सहायता होना यह दूसरों की नहीं है, उम्र दरक्षि का उत्तराधिकारी कालिका से न तो लिया है और वह ही विविध में लौटा

AGREEMENT by APPLICANT (捺印を 署名)

- 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.

- 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 प्रकार यह अनेक हमेशा या अंगठे की जाप साधारण, मैं (आवेदक) अपनी भावभिन्न की उपर्युक्त काला हूँ तथा "कौशिका चार्टडेसन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाता, फोटो और ये विवरण इस प्रकार मैं बोलता हूँ, उसे "कौशिका" एवं नामी, दूसरा, वाचन/या दूसरे उद्देश्य में युक्ती गोचरित्वित्व वा उपलब्धित्व के लिए कियो भी जाता साध्य से अवशिष्ट करते हैं ऐसा अविवेक है। ये प्रकार यह विवरण में इसका जो वार्ता या बात में आवेदन के लिए "कौशिका चार्टडेसन" वा नामी अधिकृत है।

2) वे (असंकेत) हम यात्रा में जाहाज हैं कि मेंगा नाम, वर्त, 'कोटी' और विकारण जैसे कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का इकाया, गही बनता। इस सम्बन्ध में "प्राप्तिस्थापना" यथा उत्तरांश का विलेख अविष्ट और व्यापकरणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[प्राकृतिक वित्तीय संस्थाएँ](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM OR UNIT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we  
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.

- 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 अवधि वर्षानी की बोंबे संस्कृतियां ने "स्ट्रेटिज़ प्राइवेट्स" से लिपित घटनाकाल हैं। लिपि हाथ (इकलाल) लिपि प्रकार से भयन व कौशिक बताते हैं।

१) यह कि न तो वर्णापात्र और व ही परिषय में विविध भाषाओं किसी ऐसी साकारी संस्थान पर किसी अन्य स्थोत्र से उक्त संगीत/वायरण में सौंगे या से रहे हैं, जैसे कि इमरे "कोलिका चारान्देशन" ये विविधताएँ विनियोग के बजाए में "कोलिका चारान्देशन" द्वारा मदर संगु भी है। वरि "कोलिका चारान्देशन" द्वारा महात्मा विविध महात्माकाल द्वारा मन्त्र यही किया जाता है से महात्मा किसी अन्य गीत साकारी संस्थान पर किसी अन्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस चूटि में स्पष्ट कहा जाता है कि असाधारण द्वितीय मदर उक्त संगीतवायरण में ही किसी ऐसी साकारी संस्था पर किसी अन्य संस्थान से नहीं लागत लेती।

२. "कोलिका जात्यवेशन" में सी गई सहायता कोवत वित्तीय प्रकृति की है: सीं पर हस्तान द्वारा दी गई सहायता या विदेह गंभीर उपचार/इकिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तान के बीच का विषय है और "कोलिका जात्यवेशन" द्वारा किसी उचित का कोई इचारा नहीं है। इसलिये हस्तान में सीं के उचित सूचा और अनें जाने को सारी विम्बेशी ऐसी एवं हस्तान की होती ही। "कोलिका" की कोई भौतिक या विम्बेशी इचारा यागले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

दर्योकरी के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम की तारीख	<i>30/09/2024</i>	<i>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Nurse Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) A unit of Sri Ramachandra Group of Institutions # 158/M, Thirumangalam, Madras Main Road, Chennai - 600096</i>
-----------------------------------	-------------------	--

FOIR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कोशिका वात्सरी द्वारा

FOR INTERNAL USE OF ROHINI SECTOR 1	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर ।