

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B0924/1470	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 13/9/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम:	Kempanna	AGE-YEARS वार्ष-वर्ष	80 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम:	120. Thimmiah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बरेश्यम आवासीय पाला Bharanapura, mattughatta Post, Hesaraghatta Taluk, Chikmagalur District, Karnataka	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : आवासीय पाला Karmata Hukkeri, Kempapura, Hukkeri Taluk, Chikmagalur District, Karnataka	
OCCUPATION : खलाईयां	Home maker	MARRIED (गिरिजित) / UNMARRIED (अगिरिजित) (Attach Proof of Income) (आय का साथ संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	—	Yes / No हाँ / नहीं	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो मान्य सो उम पर लाही का नियोन लगाये)			
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 सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामी आधार			
BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र नीचे आया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्ञान भव वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषकी कार्ड (प्रमाण पत्र को लाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof ज्ञान कोई साफ़ल
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गवे विनामी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached बम्पत्रात/डॉक्टर से लाई की गई ड्रिलेशन मूली संलग्न		
①	Diagnosis:- RE cat scratch RE cat scratch		
Surgery:- LR rat f PCIDL			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी आय स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इसी गई सहायता राशी	
①	DB CS	3000/-	

DECLARATION by APPLICANT: અર્પણ કરું જોવા ચાહેરું

- 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 पोषण करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी क्रियाएँ मेरी जावकारी के अनुकार यात्रा तर्फ नहीं हैं। और कोई क्रियाएँ एवं क्रयन् आपने यात्रा जल्द है तो मेरी सहायता निम्न की जैसी भावना है।

2) मेरे द्वारा देखा गया कालांगन "कॉलिंग कालांगनान", ये तो यह नहीं है, उसका उपयोग उपर्युक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में यात्रा नहीं है।

3) मैं पूर्ण करता हूँ कि दिया सहायता हेतु यात्रा जारी बोल चुका हूँ। उम्मीद का अधिकांश का गठन इसमें किसी तरह घोटालाकारी वा अच्छाइ के बोल लिया है और न हो यात्रियों में गृहीत।

AGREEMENT by APPLICANT (宣誓書 附 証)

- 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 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 मैं जारी होनेवाले या अपेक्षा को प्राप्त समाप्ति, मैं (अपेक्षा) अपनी मानसिक की गुणित करता हूँ यह "कॉरिक्टा कार्डडेशन और इसके नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, आयोग और जो विवरण इस प्रकार मैं चाहता हूँ, उसे "कॉरिक्टा" एवं नामों, नाम, सम्बन्धित दूसरे उदाहरण में जुड़ी गणितिकीय और सामाजिकीय भूमिका भी प्रसार, मान्यता एवं प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इसाब के साथ से कह मेरे कारों के लिए "कॉरिक्टा कार्डडेशन" व नामों अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षा) इस बात मेरा मानाव हूँ कि मेरा नाम, पता, आयोग और विवरण जो कि मानाव के दस्तऐवं से जुड़ता है मुझे स्वतः मानाव का हकदार नहीं कहता। इस समर्थन में "कॉरिक्टा" नाम, जारी करने वाली दस्तऐवं और सामाजिकीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

西漢書卷一百一十一



AGREEMENT by HOSPITAL (TICK ONE BOX)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby agrees to 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.

अपने अधिकारी व्यक्तिगती को और उस व्यक्तिगती को "व्यक्तिगत पालन-पोषण" में विशिष्ट सहायता देने विकलारिय की जरूरी है, जिसे हम (इन्डियन) विभाग प्रकार ने भव्यता व संवेदनशीलता के साथ:

- १) यह कि न तो वार्तामान और वह ही विशेष ये विविध महापत्र किसी ऐसे साकारी संस्थान पर किसी अन्य स्रोत से उक्त संगीतपत्रों में लिए या से रहे हैं, जैसे कि हमें “कांसिका चाहन्दौरान” ये लिखाईशिकिति उक्त के गायब ने “कांसिका चाहन्दौरान” द्वारा मदर द्वारा किया जाता है तो महापत्र किसी अन्य ऐसे साकारी संस्थान पर किसी अन्य साकारी संस्थान तो या अधिकारी सुनिश्च रखता है। इस दृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अध्यात्म द्वितीय मदर उक्त संगीतपत्रों में दूसरे किसी ये साकारी संस्थान पर किसी अन्य साकारी संस्थान से जुड़ी लोगों द्वारा।

२. "कोलिका काल्पनिक" से ही यह महावात कोवत विशिष्ट प्रकृति भी है। ऐसी पर हस्ताना द्वारा यह प्रत्यक्ष या किसी गंभीर उपचार/इकिया का मुकाबला होने वाला एवं हस्ताना के बीच का विषय है और "कोलिका काल्पनिक" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रबाप नहीं है। इसीलिये हस्ताना में ऐसी को प्रत्यक्ष मुकाबला और जाने को सही विधियोंही से होने वाला एवं हस्ताना पाये होती है। "कोलिका" को कोई मृगिका या विष्वेषणी इस जागते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सखीकरी के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Orthopaedic Surgeon अस्पताल का नाम व इमारत का गढ़ि. ३ 13/9/24	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute for Leadership & Management (A unit of Shri Ramachandra Trust) # 1834, Third Floor, 100ft Road, 2nd Main, 1st Block, Jayanagar, Bangalore - 560011 Mobile: +91 98452 55555
--------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषिसंशोधन एकाई

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर २
	