

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देशभास)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	3/0924/1473	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 13/9/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Jayanna	AGE-YEARS: वय-वर्ष	SEX: लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम	2/o Channayaka	77	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता HNo-348, Halkurukote, Kinnarallu Hobli, Tumkur District, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता	
OCCUPATION: पेशी	Homemaker	11	Proof 1473 Jayanna
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल सालांक आय	_____	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य भरना)	
PAN No. स्थान क्रमांक संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जरूर कर दाता है (जो मात्र हो उस पर सही का विवर लाएं)		Yes / No 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
①	Mr. Suresh	424	M
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनाश आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्दी राय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँड़ीकार से जारी की गई आविष्कार सूची भरना		
①	DIAGNOSIS:- Retrosternal LCA		
Emergency:- LF cat 1 PROT			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता रकम	
①	DBS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

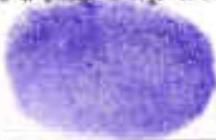
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये मार्गी विवरण येरी कामकाजी के अनुसार सब पर्याप्त हैं: यदि कोई विवरण वर्तमान स्थिति पर्याप्त नहीं है तो मेरी महापात्र नियम की तरफ सकारी है।
- 2) मैं इस बों महापात्र रहीं "कोशिका फाउंडेशन", जो सीधे जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ण की लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति पर्याप्त है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण सहायता हेतु पर्याप्त की गई है, उस गणि का अंतिम या उचित विवरण किसी अन्य दोहरायेवालीकरणीय कामकाजी में से न ले लिया जाएगा और न ही घोषणा में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश का अपने हास्ताधार या मंड़े की छाप लगाका, मैं (आवेदक) अपनी महापात्र की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीर्यों" को अधिकृत करता हूं कि पैदा नाम, जात, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, व्यवसाय या दूसरी अधिकृतीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार व्यापार में प्रकाशित करने के लिए अनिवार्य है। मेरे प्रति का विवरण में हस्ताक्षर के गहरे का बद्द में करते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस कार्य में सहभाग हूं कि योग नाम, जात, फोटो और विवरण जो कि महापात्र के उद्देश्यों से प्रतिक्रिया है पूर्ण रूप से महापात्र का हाकार जारी रखता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीर्यों का विवरण अंतिम और व्यवस्थापनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हाथ से डायरेट या अंगुष्ठ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा कराया)

By affixing hereunder, 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हास्पातल, इसकालीन भी और मेरे गये यात्रालेखोंमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण महापात्र हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) नियम प्रकाश में याचन के स्वीकृता करते हैं।

- 1) यह कि न ही नामांकन और न ही भवित्व में विवरण महापात्र विवरणी और सरकारी योग्यताएं या किसी अन्य स्वीकृति से उत्तम रूप स्वीकृति में लिंगे जा सके रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नाम हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापात्र विवरणी अधिकृत-स्वीकृत हेतु यात्रा जीव विवरण की जाती है तो अस्पताल की अधिकृत विवरणी अन्य और सरकारी योग्यता या किसी अन्य सामाजिक सेवा से महापात्र सेवे का अधिकृत योग्यता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रकाश उत्तम रूप स्वीकृति में लिंगे जैसे कि किसी अन्य सामाजिक सेवा में यात्रा जीव विवरणी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे गये महापात्र अंतर्गत विवरण प्रदृढ़ित की है। योगी पर अस्पताल द्वारा दी गई मात्राएं या किसी अन्य दाता/इकाइया का चुनाव दोनों दर्ता हास्पातल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उद्देश्य का कोई दावा नहीं है। इसलिये हास्पातल में हेही को इसका सुझाव और यात्रे की गते विवरणोंहेतु दोनों दर्ता हास्पातल की होती है और "कोशिका" की कोई पूर्णिका या विवरणी इस प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थानी

Date of Surgery
अंतिम सर्जिकल की तारीख
13/09/24

Laxmi Dorennavar
Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant Surgeon, N. K. Hospital & Research Centre, N.
KMCNS

Mr. Lakshmi Pathi N
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute of Medical Sciences & Research Center
(A unit of Shri Ramachandran Medical College & Research Institute)
18 M, Thimmapura, Bangalore - 560041
Nanarik, उपर्योग हेतु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2