

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/1222/1861

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

21/12/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Jayalakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/वधू का नाम

N/o L. Kempaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kanabale Maddur taluk Mandya
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above-



Bro of 1861 Jayalakshamma - mother

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

-

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

PAN No. स्थायी पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
I आय कर करता हूँ (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kempaiah	73	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोगिता 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 RF Catomach LE Catomach
2	Surgery LE Catomach + Pector

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशी
1		

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 **चेतावना** करता हूँ कि इस प्रश्न से दिये गये सभी विकल्पों में से **सबसे** सही विकल्प चुनना है जो सही सहायक मिलने को वांछनीय है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक दिला "कार्यक्रम प्रारम्भिक", वे भी वांछनीय हैं, जिनका उपयोग उचित तरीके से किया जायेगा, जो इस प्रश्न में गलत गणित है।
- 3) मैं **चेतावना** करता हूँ कि गिनत सहायक देने का प्रयत्न न करें, जो गिनत का उपयोग वांछनीय है, जिनका उपयोग उचित तरीके से किया जायेगा और न ही प्रतिक्रिया में लेंगे।

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/post-up/produce 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 इलाज के लिये की जाय जायदाद, मैं (आवेदक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटरेशन और उसके ग्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" प्रश्न ग्यासी, राज, माधवाय मुझे उत्तरों से मुझे निर्दिष्टियों और उपस्थितियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मे प्रश्न का निवारण मे इलाज के फलने पर बाद में करने की लिए "कोशिका काउंटरेशन" व ग्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्य के उत्तरों में प्रेषित है मुझे ज्ञात: सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न उसके ग्यासी को निर्दिष्ट लक्षण और माधवाय होय।

संवेदन के अनुसार यह संगीत का निधान



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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इन्हीं अधिकृत, इलाखी की ओर से गणपति/पंजी की "बोडिंग फायनडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इलाखत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि यह जो संवत्सर और वही पंचमि में विविध महापात्र किसी और सप्तमारी संवत्सर या किसी अन्य संवत्स में उक्त रोटी/पात्रों में होने या हो रहे है, जैसे कि इनने "बौध्मिक फाउन्डेशन" से सिध्दकीकृत/मिली उक्त जो संवत्सर में "बौध्मिक फाउन्डेशन" द्वारा संवर हेतु कि है। यदि "बौध्मिक फाउन्डेशन" द्वारा महापात्र विनिमय आतिथ्य/उपहार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अन्यथात किसी अन्य और सप्तमारी संवत्सर या किसी अन्य संवत्सर में महापात्र लेने का अधिकार सुरक्षित राखा है। इन मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथात विविध भ्रष्ट उक्त रोटी/पात्रों हेतु किसी और संवत्सर में या किसी अन्य संवत्सर में नहीं रोटी/पात्री।

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो वह सहायक कंपल विधि प्रकृति को है। टीसी का हमारा दृष्टि से यह जलन का किने एवं जलवायु/जलवा का चुनाव टीसी एवं हमारा को बीच का विषय है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई रसायन नहीं है। इसलिए हमारा में टीसी के द्वारा गुलाब और जलने जाने को सही विन्नेवाटी टीसी एवं हमारा को टीसी और "कोशिका" को धाँसे रसिका का विन्नेवाटी इस मामले में नहीं होती।

स्त्रीकला के लिए संस्लति

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ/ਜੀ ੨੫/੦੮

Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant Plastic & Refractive

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Seal of Authorised Signatory)
Institute for Health & Safety (HSE)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
Thimmarasu, Rajahmundry - 526 002

KMC No. DC244
FOR INTERNAL USE OF KUSHIKA FOUNDATION

अत्यन्त शक्तिशाली है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Ergebnis

Rich