

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैल आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य दैर्घ्य प्राप्ति)

APPLICATION No. :

N11221901

APPLICATION DATE : 24/12/22

NAME of APPLICANT :
आप्पेलेक वा नाम

Seethamma

AGE-YEARS वय-वर्ष

54 F

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

Wlo D. Java

54 F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासादेश पत्र
5, Hth mainroad, K B Nagar, Chamarajapuram
Bangalore - 560016 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

SAME AS ABOVE

Pre Op Post Op
1901 Seethammanan

OCCUPATION:

Home makes

MARRIED (Partner) / UNMARRIED (Affiliate)

TOTAL ANNUAL INCOME:

(Attach Proof of Income)

PAN No. 100-100-100

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

Yes/May

FAMILY DETAILS *View, filter*

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल को जीवं प्राप्त रख (प्राप्त रख की सत्य प्रति संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इव्स लाल वर्ग प्राप्त रख (प्राप्त रख की सत्य प्रति संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्राप्त रख की सत्य प्रति संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबस
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साहाय्या देने किसे नहीं चिनती क्या तुमरैत्यः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँडिकर से आई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF - catarrhal LF - asthmatic
2	Symmetry RF - Cough + PDSL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVALIED स्वीकृत महानगर पाली
1	DICES	₹100.0/-

DECLARATION by APPLICANT: આપણાં છુટ નિર્ધારણ કરીએ.

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये मार्ग सिवाय मेहमानीय और अनुसार सब एवं यही है। परन्तु कोई विवरण एवं कठबन आपने पढ़ा चाहत है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।

2) मैं द्वारा को सहायता दी गयी "कानूनिक कारबंकेश्वर", या ऐसी का यही है, उचित प्रक्रिया उपलेख उभी हटाएंगे यदि नहीं तो दिये गए सार्वत्रिक, यो इस प्राप्ति में पढ़ा गया है।

3) मैं नुस्खा करता हूँ कि यह सहायता ही यह प्राप्ति की गयी है, वह एवं का अधिकार या सकल विवरण किसी भाव्य घोषितयोन्योनकालीन कानूनी से न तो लिप्त है और न ही विवरण में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (ผู้ขอรับ)

- 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/pull-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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agrees 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.

- इस प्रकार पर लगने इत्याहार का अंगठे की ताक लानकर, ये (वारेंट) अपनी नवाचारी की पुष्ट करता है एवं "कोशिका वारदातेम" और उसके नवाचारों को अधिक करता है कि यह काम, पता, कोटे और जो विवरण इस प्रकार में पर्याप्त है, उसे "कोशिका" द्वयम् न्यासी, शुग, मायकाया तूर्ते उद्देश्य से नुस्खी गविष्ठियों और उत्तमाचारी के लिये किसी भी द्रव्यर नवाचारम् ये प्रयोगीत करने के लिए अधिकृत है। ये द्रव्य का विवरण ये इत्याहार के वक्तव्यों या बात के बारे में लिए "कोशिका वारदातेम" व नवाचारी अधिकृत है।
- ये (वारेंट) इस बात से गहराया है कि ये योग यत्न, पता, कोटे और विवरण को कि याहामत के उद्देश्यों से प्रयोग है तुझे भवतः याहामत का इत्याहार की कलाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रयोग उसके न्यासीयों का विवरण अवश्य और वायकाचारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नायकों की उत्तमता का अनुदेश



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करा)

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.

इसके अलावा, इसमें से कोई संग्रहीत नहीं को "चारिस्माटिक्स्टोपॉन" से विविध प्रायाश है जिसकी वजह से वहाँ की जाति है, जिसे इन (इन्स्प्रिल) निम्न ग्रन्ति से बाहर बाहिर करते हैं।

- 1) यह कि वह संक्षेप में विशेष ज्ञानात् किसी गैर भाकारी संस्कृत या किसी अन्य भाषा से उक्त ऐडिटर्सकों में संगें का से रहे हैं, जैसे कि इनमें “कॉलेक्टर पाइपवर्सन” में विशेषज्ञतावाली उक्त के साथ ये “कॉलेक्टर पाइपवर्सन” द्वारा प्रदर्शन होती है। यदि “कॉलेक्टर पाइपवर्सन” द्वारा ज्ञानात् विशेष विशेषज्ञता होती यथौ वही किस ज्ञान है तो अपनामन किसी अन्य गैर भाकारी संस्कृत या किसी अन्य भाषामध्ये से ज्ञानात् संगें का अभिकार सुनिश्च रखता है। इस पृष्ठ में सब ज्ञान ज्ञान है कि अपनामन विशेष प्रदर्श उक्त ऐडिटर्सकों में संगें किसी गैर भाकारी संस्कृत या किसी अन्य साधन से नहीं संगें सकती।
 2. “कॉलेक्टर पाइपवर्सन” से भी गई ज्ञानात् भेजता विशेष उद्दीप्ति की है। ऐसी पर इन्हात् द्वारा एवं वर्ष ज्ञान या किसे गये उपचारउपक्रिया का चुनाव देती एवं इन्हात् के साथ का विषय है और “कॉलेक्टर पाइपवर्सन” द्वारा किसी उक्ताका का कोई प्रत्यक्ष नहीं है। इन्हात् में उक्ताका के स्वतन्त्र चुनाव और उक्ते ज्ञाने की गारी विस्तैरणी होती एवं इन्हात् को बोर्डी और “भौतिकता” की ओरें खींचका या किसीशी इस ज्ञानों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम दो तारीख 22/12/22	Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant Plastic Surgeon FIC No. 20744	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Ram Hospital Trust) # 16/M, Thiruvanmiyur, Chennai - 600039
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनांतरिक उपयोग के लिए		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तमात्र 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तमात्र 2	