

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N/0123/1994	APPLICATION DATE : 06/01/23 आवेदन तिथि	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	Sheela	AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	W/o Sunil Kumar J		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासस्थान वासस्थान वक्ता # 03, Acharya Nilaya, 2nd cross		Vivekananda Block, Bhuvaneshwari, Nagari, Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वासाई वासस्थान वक्ता		Same as above	
OCCUPATION : जब्तस्थान	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संतान)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹8,000/-		
PAN No. स्टेट वातान संख्या			
* ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <input checked="" type="checkbox"/> आप आप कर वाता है (जो मान्य हो उस पर सही का विवाद साधा)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष) वर्ष (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आवश्यक			
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेत के नीचे इमारण पट्टा (इमारण पट्टा की छाप प्रति गंतव्य करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वापर वर्ग इमारण पट्टा (इमारण पट्टा की छाप प्रति गंतव्य करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमारण पट्टा की छाप प्रति गंतव्य करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संहारण		
1	Diagnosis RF - Cat-arrack LF - Cat-arrack		
2	Surgery RF - Cat-arrack + PCDI		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता रुपये	
1	Diarrhoea	₹000/-	

**DECLARATION by APPLICANT** अप्लिकेंट द्वारा 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 पूर्णतः हूँ कि इस अकार से दिये गये सभी विवरण यथोचित एवं सत्याग्रहीय हैं। उनका पाप यह नहीं है कि कोई विवरण ऐसा करना आवश्यक बाहर है जो मेरी सहायता निष्ठा की तरह लाभी है।  
 2) मैं द्रष्टव्य के सम्बन्ध में लोगों को "लोगिक पाठ्यक्रम", से जुँग नहीं हूँ, याकि इसके द्वारा उद्देश्य की पूर्ति के लिये विद्या चाहीदा, जो इस प्राप्ति में वह सहा है।  
 3) मैं भी जानता हूँ कि इस अकार से का उपयोग की जाती है। यह उपयोग सार्वजनिक एवं व्यापक उद्देश्यों के लिये विद्यार्थी अग्रणी और न ही भविष्यमध्ये खेड़ेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ผู้ขอ ณ ที่นี่)

- 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 प्रपत्र पर ज्ञाने-इच्छिया का लेण्डर की प्रकार स्थापना, मैं (ज्ञानेश्वर) अपनी साधनीय की तुलना हूँ एवं "कठिनता प्राप्तिकरण" भी उसके ज्ञानीयों की अधिकृत करता है कि गंगा नदी, चमत्कार और ज्ञान इस द्वारा मैं प्राप्त हैं, तब "गोगिका" एवं भजन, चार, सामाजिक तृष्णा द्वारा दर्शन से लहौरी गांगीशभिर्मों लेण्डर उत्तराखण्ड के तिब्बंग किसी भी प्रसार साधन से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। यह द्वारा क्या प्रियतम गो इच्छा के चाले का नद में करने के लिए "कठिनता प्राप्तिकरण" य गंगाकी अधिकृत है।

2) मैं (ज्ञानेश्वर) इस नदी मैं साधना हूँ कि मैंने चम, चार, लोटे और प्रियतम यही किंवा साहाय्या के दर्शनों से प्राप्ति है तुलना नदा-साधना का दर्शन नहीं बनता। इस साधन में "कठिनता" नदा ज्ञानीय व्यक्तिमती का नियन्त्रण लीजा जूँह वाली साधनामती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

第二部分



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials or Name)

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.

इन्हें अधिकतम् उत्तमताएँ दी गई है जिसके साथ-साथ "कोरोना प्रायोगिक" से विभिन्न विधानसभा और राज्यपालीय की पार्टी है, जिसे हम (कांगड़ाल) पिछे छोड़ा है मगर यह अद्वितीय काम है।

- 1) यह कि व ही मानवन और व ही जीवन में विभिन्न राहोंता किसी ऐसे साकारी संस्कार का बिना भग्न स्त्री ये उत्तर एकाधिकारी वे लोग वे हो चुके हैं, और ये कि इनमें "कांडिपात्रा पाटदंबेश" गे विभिन्न विभिन्न राहों वे सम्बन्ध में "कांडिपात्रा पाटदंबेश" द्वारा यह देख देते हुए रुक है। यदि "कांडिपात्रा पाटदंबेश" द्वारा राहोंता विभिन्न विभिन्न राहोंता देते, मनुष्य वही बिधा जाता है वह सम्बन्ध किसी अन्य गैर साकारी संस्कार ये विभिन्न अन्य सम्बन्धों से कामनिका सुनिश्चित रखता है। इस पूर्व में सभी प्रकार यह जगत् देखी/पात्रोंहो देखी/सम्बन्धोंहो गई होगा/लोगों

जो शीघ्र का विषय है और "कॉरिंथा प्राइवेट" द्वारा कोई रकम नहीं है। इससे इसलाल में योगी के इस्तदात सुनका और आगे जाने की सारी विधिए ऐसी एवं इसलाल की ओर से योगी कोटियां या विनियोगी हड्डि बदलती में यही होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
समीक्षा के लिए सुनिश्चित

第3章 算法设计与分析

Mr. Lankford  
Manager Outreach

for Diabetics & Eye Care

**Signature & Stamp of Authorised Signatory**

on behalf of Hospital

第十一章 聚丙烯酰胺

Date of Surgery गोपाल से जारी 06/01/23	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FRCR, FRCO Consultant - Paediatric Refractive KMC BIRAL USE of KOSHICA FOUNDATION	Mr. Lakshmi pati H Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (Unit of St. John's Institute of Research & Education) # 16/M, Thimmapura, Bengaluru-560041 गोपाल से पर इन्सिटिउट डायबिटीज एंड आइकैरी on behalf of Hospital
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेमाल । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेमाल 2 	