

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N/0123/2050	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/01/23	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Rathnamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	W/o Siddappa	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी बसावासीय पाला Amritashahalli Bangalore Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी बसावासीय पाला Same as above				
OCCUPATION: अपनाया जाने वाला उपचार:	Home maker	MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	-			
PAN No. मार्गी संखा संख्या:				
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप अपने कर दण्ड हैं (जो मासिक हस्त पर चाहीं का निशान 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
1	Siddappa	53	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीर्वं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थायी संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यन्त अमर की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थायी संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थायी संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तात्मक/विकार से जारी की गई औषधेवाले सूची संलग्न			
1	Diagnosis	RE - colorectal LF - rectum		
2	Surgeon	LF - Colorectal + PC 101		
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 अगर सहायता दरी		
1	DBCS	₹1000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा संकेतित पात्रः

- 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 कार्य के लिए इस प्रकार में लिख गये विवरण में सहमति के अनुदान सह दर्श रखी है। यदि कोई विषय इस सहमति कार्य कार्य का है तो मेरी सहमति विरोध की जाकरी है।

2) पोषण के सहायता परिवर्तन लोगों के लिए उपलब्ध उपचार और उपचार द्वारा पूर्ण रूप से दिया जायेगा, जो इस प्रकार में भरा रखा है।

3) मैं पोषण कार्य के लिए सहमति देता हूँ कि विवरण विस्तृत विवरण में दी गयी विवरण की तुलना में अधिक विवरण दिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाता कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereto agrees & 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 प्रथा पर अपने हाताहा या भागों को लाप लागान, ये (ज्ञानेश्वर) जल्दी सारांश की तुला कहा है एवं "कठिनता पाठाईन और डास्क न्यासांच" को अधिकृत कहा है कि यह चाप, पहा, कोठी और ये जिलाप इस प्रथा में पाया है, उसे "कठिनांग" याम, बल्लो, दाल, लालचलना दूसरे इटेंट्स में जुड़ी गोलीयियाँ ऐसे हाताहावर्ण के तिसे किसी भी प्रसाद गम्भीर में जल्दी करने के लिए अधिकृत है। ऐसे उत्तर का जिलाप नहीं हाताह के घटने या बाद ये करने के लिए "कठिनता पाठाईन" ये न्यासी अधिकृत है।
- 2) ये (ज्ञानेश्वर) इस बात पर चापह है कि यह नाम, चाप, कोठे और जिलाप ये जि साधारण भी इटेंट्स में अभिषेक में मुझे स्तुति: सदाचाल का हाताह नहीं बनता। इस साधारण में "बांसिया" याम उत्तरों न्यासियों का जिलाप अभिषेक और वामपक्षी द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

www.scholarone.com



AGREEMENT by HOSPITAL (signature or stamp)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इन अधिकारों की ओर से यात्रीयों को "वैदिकिया चक्रवैद्यम" से लिये जाना जाएगा, जिसका उद्देश्य है, विशेष इन (वैदिकिया) नियमों का स्वयं व अधिकार करने हैं।

२. "कांगड़ाक चाट-देश" में ही यह संस्कृत संस्कृत विद्याप्रदृष्टि की है। दोनों यह इसलिए द्वारा दी जाती है कि यह एक प्राचीन विद्या है और इसका उत्तम विद्या का गुण एवं यह इसलिए
के बोध का विषय है और "कांगड़ाक चाट-देश" द्वारा दिलाई उत्तम विद्या का अद्यतन विद्या है; इसलिए इसलिए यह दोनों यह इसलिए गुणात् भी भासी वाले विद्याएँ होनी चाही देश विद्याएँ होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
સામાજિક વિષય સંસ્કરણ

Mr. LakshmiPathi N
Manager- Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of FORTIS GROUP OF HOSPITALS - 1000+ BED AREA)
M. Thimmaiah M. B. B.S., M. S., D. M. S.
M. B. B.S., M. S., D. M. S.

Date of Surgery विकाराण की तिथि 11/11/23	<i>Dr. Laxmi D. Patilkar</i> (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Consultant - Internal Medicine & Nephrology # 16/M, Thinnipet, P.O. Hulimavat, Mysore - 570009	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of ESI Health Care Foundation Trust) on behalf of Hospital & Health Care Services # 16/M, Thinnipet, P.O. Hulimavat, Mysore - 570009
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यक्त इस्तमाल ।	KIFC NO. 90244	ग्राहक उपलेख संख्या ग्राहक उपलेख संख्या
<i>Safayal</i>		<i>Lakshminipathi N</i>