

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N1012312053		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/1/23					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम J.M. Krishnoj Rao		AGE-YEARS आयु-वर्ष 80				SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम S/o H. Munnaji Rao		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता # 387, 3rd cross, Shabari, Nagar Bangalore North Karnataka				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above	
OCCUPATION : व्यवसाय unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				preop 2053 J.M. Krishnoj	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थाई करदाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हां / 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 सम्बंध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगता 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 भूची संलग्न						
1	Diagnosis LE - P101 LE - Calceus						
2	Surgery LE - Intact + P101						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी				
1	DIALS		9000/-				

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 हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सत्यता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार या कोई अन्य व्यक्ति किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ लेगा और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संचयन से प्रेरित करने के लिए उपयोग करेगा। मेरी सहायता के इच्छा के फलस्वरूप या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में मेरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसके भरोदारों को निर्देश देगा और सहायता देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप:

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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 its 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताओं को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रभाव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे यदि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मांगी गयी किन्तु वह सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत सहायता से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय प्रभाव सहायता/सहायता हेतु किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रभाव को है। फोटो या हस्ताक्षर प्रपत्र पर नहीं लगाया जा किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से एवं हस्पताल को सच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इच्छा सुझा और जाने जाने की सटीक जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भुवि का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/11/23

Lr. Laxmi Dorennavar
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shri Aradhya Trust)
15/M, Thimmarasu, Kuvempu, Mysuru District, Karnataka

KNC Form 10244 KOSHIKA FOUNDATION

जानकारी उपलब्ध है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1 का हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2 का हस्ताक्षर