

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0223/2338 APPLICATION DATE: 09/09/23

NAME of APPLICANT: T.V. Ashwath AGE-YEARS: 67 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Venkob Rao



preop postop
2338 Ashwath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: # 69, Manamma Temple Road, 8th Cross, Malleshwaram, Bangalore, Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 27,000/- (Attach Proof of Income)
(आप का वार्षिक आय)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): 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 से संबंध
1	Sumithra	61	F	Wife
2	Shilpa	37	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) ☒ उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RT - p.ciol LE - contact
2	Surgery PE - cat contact + p.ciol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि
1	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदन दाता घोषणा करे**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारज कर दिया जा सकता है।
- 2) मेरी प्रार्थना के सहायक राशि "कीटिका फाउन्डेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किय सहायक हेतु यह राशि का नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (সম্মতি দাতা আবেদনকারী)

- 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/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 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.

- 1) इस प्रश्न का अर्थ इस प्रकार का होता है कि आप सहायक, मै (अध्यापक) अपनी सहायता को पुष्टि कराते हैं एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके ग्राफों" को अधिस्त करता है कि मेरे नाम पर, जोड़े और जो विषय इस प्रश्न में धीरे है, उसे "कोशिका" एक ग्राफ, रण, सहायता के द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपस्थितियों को लिखे किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिस्त है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्त के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व ग्राफ अधिस्त है।
- 2) मै (अध्यापक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, या, जोड़े और विषय को कि सहायता के उद्देश्य से अधिस्त है कुछ सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक उसके ग्राफों का विषय अधिस्त और सहायता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके कर्म के अनुसार यह अनुष्ठान का नियोजन



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

इसका अर्थ है, हमारी ओर से मातृसंस्था को "कोरिक्त फायदे" से विलीन किया जाना है। जिससे हम (इन्साल) बिना प्रचार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व उसे संस्थापन और व की व्यक्ति के विविध साहायता किसी और साक्षात् संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उभर रोटी/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विचार/विनिर्देश उभरने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होनी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साहायता किसी आर्थिक/सकल हो, मनुष्य नहीं किन्तु यह है तो अपवाद किसी अन्य और साक्षात् संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से साहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अपवादों विधि पर उभर रोटी/पायले होनी किसी और साक्षात् संस्थापन या किसी अन्य साहायन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोसिका पाउन्डेशन" से ली गई छायाचित्र संग्रह विविध प्रवृत्ति की हैं। ऐसी चर इन्फार्मेशन द्वारा ही यह संसार का किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुमान ऐसी एवं इन्फार्मेशन के बीच का विचार है और "कोसिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए इन्फार्मेशन में ऐसी चर इन्फार्मेशन सुधार और अपने अपने की लगी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्फार्मेशन की होगी और "कोसिका" की कोई सुनिश्चित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

04/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)ive
कोरगाव येथील डॉ. लक्ष्मी दरेणवार, ए.

Mr. Lakshmiipathi N.
Manager Overseas

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोपपत्त्या ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इन्स्टिट्यूट ३

2018