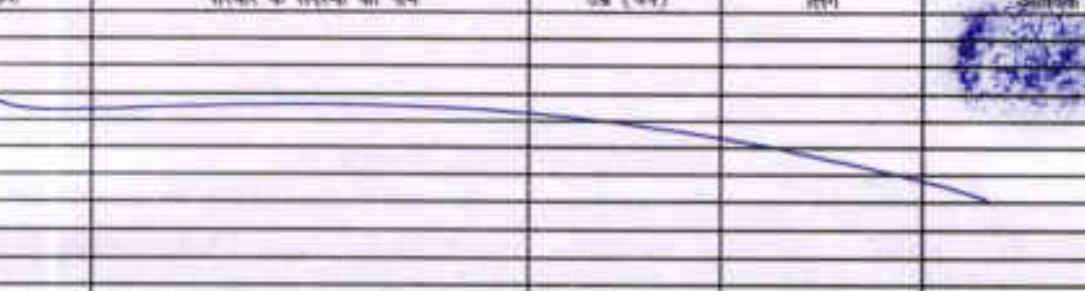


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Block of life	
APPLICATION No.: उपलब्ध संख्या : NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम :	B) 1124/2652	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 30/11/24	AGE-YEARS वर्ष-वर्ष 72	SEX लिंग M
		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान ठाड़ा clerk wadi grade malavalli taluk mandya district KRS nafakq		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान वासास्थान ठाड़ा V		
OCCUPATION: पेशाबाब	unemployed	BLOOD GROUP: O+ve POST OF: 2652 mallam		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षे संताप)			
PAN No.: स्टेट ग्राहक संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): जो आप आप कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर मही कर विशेष लगाये)		Yes / No 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 के साथ सम्बन्ध
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिनी आधा				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेल्ली के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाप छोड़ सकता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप पूरी भूलन की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप पूरी भूलन की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
<p>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे यहे चिनी का उद्देश्य:</p> <p>Sr. No. क्रम संख्या</p> <p>① DIAGNOSIS</p> <p>RE-Catarrach</p> <p>NE cuta out</p> <p>2nd Emergency: RE cat. f. P.R.O.L.</p>				
<p>Medical Reports/Prescriptions Attached जल्माल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</p> <p>ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के ही कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?</p> <p>Sr. No. क्रम संख्या</p> <p>⑥ DBCS</p> <p>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</p> <p>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि</p> <p>₹ 000/-</p>				

DECLARATION by APPLICANT: मानेंद्र द्वारा घोषणा दत्त:

- 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.
- 4) मैं घोषक करता हूं कि इस ग्राहक ने लिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार मात्र एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कारण ग्राहक याता है तो मेरी सहायता निम्न की जगह करती है।
- 5) मैं द्वारा को सहायता लिए "कोशिका फाउंडेशन", दस्ता उल्लेख वसी उद्देश्य को पूरी के लिये किया जायेगा, जो इस ग्राहक ने भविष्य में लिया है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूं कि विस सहायता हेतु यह जारी की गई है, उस गति का अधिकार या सकारा किसी अन्य संस्थानियोगीकरणीय कार्यपाली से न ती लिया है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवकाश द्वारा करार)

- 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.
- 3) इस ग्राहक पर अपने हस्ताक्षर या अंकारे की छाप लगाकर, मैं (अवकाश) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, पोर्टर और जो विवरण इस उपर्युक्त में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, ठार, वाक्यावच दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्त व्याप्ति से असहित करने के लिये अधिकृत हूं। मैं इस ग्राहक का विवरण में इसका को पढ़ाने या बदल में बदलने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व नवाचार अधिकृत हूं।
- 4) मैं (अवकाश) इस बत में सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, पोर्टर और विवरण जो कि जारीकर्ता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे लिया; सहायता का बाबत नहीं बदला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवाचारों का लिये अतिम ऊर्जा वापरकरणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवकाश के हस्ताक्षर



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षर की गयी से मानते/होते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्ती सहायता हेतु विकलान की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उपरांत से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो जीमें वित्ती सहायता में वित्ती सहायता किये गए जाकरी सम्बन्ध या वित्ती अन्य सहायता से उक्त रोपण/मालाने में लोगों या से हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्ती/वित्ती उपरांत जीमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्य वित्ती वित्ती अन्य सहायता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल वित्ती अन्य गो जाकरी सम्बन्ध या वित्ती अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय उपरांत उक्त रोपण/मालाने हेतु किये गए जाकरी सम्बन्ध या वित्ती अन्य सम्बन्ध में नहीं लेना चाहिए।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाए जाने सहायता कोला वित्ती प्रकृति की है। गोरी या हस्पताल द्वारा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुनाव गोरी एवं हस्पताल की ओर का वित्ती है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई वापस नहीं है। इसलिये हस्पताल में गोरी एवं इसका मुख्य और आवेदन की गयी विवरण गोरी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की गोरी पुष्टिका या वित्ती सहायता इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्कृति

Lakshmi Pathi

Date of Surgery अंगीकार की तारीख <i>30/01/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Instituted Dr. Pappo & NRI Institute ठाकुर नाना शाह अस्पताल केंद्र, न.	Mr. Lakshmi Pathi Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Sankalpa Foundation on behalf of Hospital Trust.) +91 98100 12345 Email: lakshmi.pathi@sankalpa.org Bed Area
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवाचार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवाचार 2
<i>Surajpal</i>	<i>Surajpal</i>