

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु अवैदन प्राप्ति | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | Koshika foundation Building Block of Life. | |
|---|--|--|--|---|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: | B/1296/2760 | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 12/12/24 | | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: | Dasaappa .T | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 76 | SEX लिंग: म. | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/करुण का नाम: | 907 himmappa | PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय जड़ा No-45, Baip colony, Kolanyakundalli moderntown, post Kasaba Hobli Tiptur Kannur District | | |
| | | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पाल Ranikote | | |
| OCCUPATION: पेशी: | un employed | Proof 2760 | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: | | POSTOP Dasaappa | | |
| PAN No.: स्थाई खाता संख्या: | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़) | | |
| 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> आप आप का यहां है (जो मात्र हो उस पर सही का विवरण लगाये) | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> आप आप का यहां है (जो मात्र हो उस पर सही का विवरण लगाये) | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायका के लिये विनाश आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेफ के नीचे प्रमाण पत्र (उमान पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायका हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टॉक्टर से जारी की गयी अवैदन सूची संलग्न | | | |
| ① | Diagnosis RF catheter NF catheter | | | |
| Surgery:- RF rat tip out | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु काई अन्य महायका 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 महायका राशि | | |
| ① | DBHS | 2000/- | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत करा:

- 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण यथोचित और अनुसृत सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महामाता निस्तल को जा सकती है।
 2) मेरे द्वारा जो महामाता गमि "कौतिल्य कार्तव्यरत्न", से जीत जीती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
 3) मैं पुरी करता हूँ कि यिस महामाता से देखा गया प्राप्ति को गई है, उस दौरी का अधिकार या संकालित विवरण निस्तल अन्त संतुष्टिविद्युत्तम बीमा कंपनी से कृत लिपा है और न हो व्यवस्था में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/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 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 प्रत्यक्ष वा अपने हस्ताक्षर के अंगठे को लाप नगारक, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में चाहिए है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचना/दान सूची लिखाव ये युद्ध-गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्याप्ति में इकायता करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न वा विवरण में इसका को पहले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नाम भी अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के बद्दलक्ष्य में प्राप्ति है युद्ध स्थल; सहायता का हकदार वही बनता। इस सम्बंध में कोई विवाद नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

units at various points of time



AGREEMENT by HOSPITAL (附圖前半部)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby declare, affirm & accept following:

- (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 this matter.

वर्षों अधिक समयभी की ओर से मानोंगीरों को "कैलिप्रेट 'फायर-वेव' " से विचित्र महावज्ञ होते विवरित की जाती है, जिसे हम (इसलिए) विन प्रकार से माल व स्थिरा करते हैं।

- 1) यह कि न हो करियान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहकारी संस्थान पर किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/वापरते में लेंगे या तो तो है, जैसे कि हमने "कांशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता दिलाई तब वे सम्बन्ध में "कांशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर होता कि है। यदि "कांशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ती अधिकारी/सचिव होता या तो किसी अन्य गैर सहकारी संस्था का किसी अन्य वापराधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस गृहि में सम्बन्ध कहा जाता है कि अपनालां दिलीप मदर उक्त रोगी/वापरते होते किसी गैर सहकारी संस्था पर किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेंगी।
 - 2) "कांशिका फाउंडेशन" में ही गई सहायता कोषत वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हमनाल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैरे उपचारा/प्रक्रिया का चुकाव रोटी एवं हमनाल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमनाल में रोगी को इताव सूखा और आने जाने की सभी विस्मयाती रोगी एवं हमनाल को लाने की "कांशिका" नहीं लाने वाली ही वित्तीय सम्बन्ध में नहीं होती।

MECHANICAL

Mr. Lakshminarayana
Member, Parliament

Manager Outlier
— Princeton University

Institute for Diseases of the Eye Center

(A unit of Shredders Eye Care Inc.)
1000 Broad, Miller Town, Bedf.

4. **Thiennamish Renu**, **Master Bank Gold Account**

Designation & Stamp of Authorised Person

on behalf of Hospital)

मुम व पद हस्तान अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery

**Dr. Laxmi Dorennavar
MRPS, MS, FPRS, FICG**
(Name of Dr. & Resp. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ग्रन्थी विद्यालय ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मुक्तांशु वर्षाः २

न्याया हस्तिका ।

Eric