APPLICATION No. :	ICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika	
NAME of APPLICANT: SINGER HI HIN FATHER'SISPOUSE'S I	siddamna	APPLICATION BATE STREET THE STREET ST	12/04 -	Building block of tile.	
Medaya Karna	PRESENT RESIDENCE ADDRESS  LL + CLUIC OCCUPA  HULD PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	dya ni	S Pai Ut	ne of Postog. 28 \$5 Siddan	
TOTAL ANNUAL INCOM	Home maker		(Attach Proof of Inc.	/ UNMARRIED (अलिपाडिश)	
कुल वार्षिक अरद "NNo. स्वार्ड खाल संद	N .		(आय का साक्ष्य मील		
ME YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): िको मान्य हो उस पर सही का निवान लगाये।	Yee LN	io oft		
	FAI	MILY DETAILS परिवा	101		
Sr. No. BIT TIER	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender हिर्मेग	Relation with Applicant आयंदक के साथ सम्बद्ध	
				The second second	
	BASIS for REQUESTING ASS सहायता को लिये विनति	ISTANCE (Tick which	never is applicable)		
BPL Card (Attach Card ( गोंची देखा के गोंचे (प्रमाण पत्र की सांचा प्री	(Attach Certificate Copy) धमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रवास पत्र	IA) VE	ation Card tach Copy) पोस्ता कार्ड ो जन्म प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		REQUESTING ASSIST			
Sr. No.	सहायता इंतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संक्रम	жит	/डॉक्टर में गारी की गाँ प्रतिबंदन सूची संलग्न			
-0	DI as hoss: Re-cavorace				
data t		NE CO	Horalt		
	gryeny: - HE	COLL	10101	No.C	
		17.11	and the same		
	ASSISTANCE BEING AVAILED TO	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	इस उद्देश्य के हेंगू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE			
क्रम संख्य	The state of the s		सी गई सहायता शर्मी देश ०० ४		
	11) 3		provide to	1	
		-	7 . 1		

## DECLARATION by APPLICANT: MINES DO WITH THE

- 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.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिने गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाल एवं कथन अमृत्य चला है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- मेर द्वार जो सहामता गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी औरप की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रक्रम में भा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वायता हेतु यह प्रार्थश की गई है, उस धीत का जाँगक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांड नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिख है और न ही मधिमा में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (SINESE ERI WERT)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रयुर पर अपने हालाका य अंगते की स्रय लखकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता है एवं "कोतिका फाउंडेरान और उसके न्यामीयों " को ऑफक्ट करता है कि मेरा चाम, कत, कोटो और जो विकास इस प्रपत्न में मोकित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रात, माचनात्या दुसरे उद्देश्य से जुडी गठिविधियों और उपलक्षियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए ऑफ्स्त है। मेरे प्रपत्र का विकाल मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउबेंमन" व न्यामी ऑफ्स्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोंशका" एवम् उसके न्यांसम्बं का निर्णय ऑसम और बल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपोरक के प्रकार मा संपूर्व का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (४म्पलन क्रार करार)

By affusing 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 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्ष्मी को ओर से मामलेजोगी को "क्रोंनिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिक की वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निज्य प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं। मह कि न तो वर्तवान और न ही परिष्य में विशिय सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका ग्रेगी/व्यापते में लेंग्रे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिपानीरह/विश्वति उक्त कं साम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायसा विश्वति आशिक/मकल हेतू सन्तुर जी किया जास है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चूच्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पतान द्वितीय पट्ट उका दोगी/पामले हेनू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिका काउन्डेशन" से ली गई सहाच्या कंत्रल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पक्षल द्वार स्टे गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पत् के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इस्ताब सुरक्षा और आने करने की स्तारं जिसमेदारी रोगी पूर्व हस्पताल को शोची और "काशिका" को कोई भूमिका या किस्मेदारी इस मामले में जहीं होगी। Mr. Lakshmipathi N

Manager Outreach RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Institute for Diabetes & Eye Care # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area स्वीक्तों के लिए संस्तुति Date of Surgery (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी M Gir Novis 02 MAR. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अस्नारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्तका ३ न्यासी शस्ताक्षर ।