

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building Clock of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N/0322/3006		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 28/3/2023	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		K B Shirokumar		AGE-YEARS : वयस-वर्ष :	SEX : लिंग :
		60		M	
FATHER/HUSPOND'S NAME : पिता/पति का नाम :		S/o Basavarajappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता :					
Kadashetti halli Kandighatta					
Tumkur Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता :					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय :		Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		28,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : पैन संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (को 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 संबंध	
1)					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार :					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य :					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1)	Diagnosis R5 Contact L5 Contact				
2)	Surgery R5 Contact + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 करी गई सहायता राशी			

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 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.

2) ये देश जो समग्रतः एका 'कॉन्सिडरैबल' (considerable) से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) वे मुष्टि कात हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पाति का ज्वलित या सकल हिस्सा किसी अन्य साधन/विशेषज्ञ/वैद्य के पास ले जाकर लिखा है और वे ही लिखने में सहायता करते हैं।

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/pul-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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या नामों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी धारणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिष्ठातृ करता हूँ कि मेरा काम, मेरी सेवा, मेरी कार्यवाही, मेरी प्रतिभे का उपयोग केवल "कोशिका" द्वारा जारी राशि प्राप्त करने के उद्देश्य से नहीं किया जाएगा और उपस्थितियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम

2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि पेश पाप, पाप, पीछे और विकार जो कि महापाप को उत्पन्नों से प्रेरित है मुझे सत्य, महापाप का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कॉलोका" एकमात्र उपलब्ध न्यायिक का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अधिकांश के समान या जगहों के निवास

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:

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.

4) यह कि न तो संरक्षण और न ही अधिपत्य में वित्तीय सहायता किसी भी साक्षरों संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त लेटे-समले में लगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विरति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितति अधिक-सकल हेतु यन्त्रा नही किया जात है तो अममलत किसी अन्य गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य सम्साधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जात है कि अममलत द्वितीय बरद उक्त लेटे-समले हेतु किसी गैर साक्षरों संस्था या किसी अन्य साधन में नही लेणे-लेती।

12/12/20

Mr. Lakshmi Prasad N.
Manager Outreach
(Name of Designated Officer for EOC and Cred Signatory)
(A unit of Shree Chaitanya Financial Trust.)
6/4 Thiruvananthapuram, Kerala, India

Consultant - *Image & Refractive*

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

per