	TION FORM FOR ASSISTANCE ायता हेत् आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखपात)		Koshika
PPLICATION No.:	10125   3153	APPLICATION DATE :	16/01/25	Building block of life.
AME of APPLICANT:	10129131931	AGE-YEARS STE	The second secon	
तमेदक का नाम	Shivamadappa	70	N	
ATHER S/SPOUSE'S NAME	cla autoppo			
	Slo Pullappa PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		
Kebbep	who chamasay	nagaga	DISTYICH	The same of the sa
remo	itara			ALC: A COST
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	ः स्वाई आवासीय पता		pre op Post op
	-11-			3153 Shivamadas
CCUPATION :	was and accompany of		MARQUED (Traffe	() / UNMARRIED (अविवादित)
THEFT	Con Employed		Attach Proof of	FIGURE STATE OF THE PARTY OF TH
हुल वार्षिक आय	1101		(आप का साव्य	
AN No. THIS BUT THE	SSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No		
व आप आय कर दाता है (जो	मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	डॉ / नर्ड		
Sr. No.	Name of Family Member	MILY DETAILS परिवार Age (Years)	Gender Gender	Relation with Applicant
इ.स. संख्य	परिवार के सदस्यों का नाम	उस्र (वर्ष)	हिर्गम	आवेदक के साथ मध्यथ
				4970 3
				1300
	DACIC IA, REQUIESTING ASS	ISTANCE (Tick which	war is applicable)	
	BASIS for REQUESTING ASS	The state of the s	war is applicable)	
BPL Card	सहायता के तिये विनिष्टे EWS Certificate	SHALL RA	tion Card	Any Other
(Attach Card Copy)	संस्थाना के लिये विनतिः  EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ra (Att	- CO-201	Basis/Proof
	सहायता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एवं अल्प आप कई प्रमाण देश	Ra (Att	tion Card ach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लेवे प्रमाण	सहायता के तिये विनति  EWS Certificate (Attach Certificate Copy)  पत्र अलग आव वर्ग प्रमाण यह (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संतान क	REQUESTING ASSISTA	ion Card ach Copy) गुंबड कार्ड बाब प्रीत संस्था करे।	Basis/Proof
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लेवे प्रमाण	सहायता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एव अस्प आव वर्ष प्रयाण यह प्रयाण पत्र की खादा प्रति संतर्प क "PURPOSE" for सहायता हेतु है	शिक्षार (Att उपाय पत्र की REQUESTING ASSIST. कमें गर्न विनती का उद्दे	ion Card ach Copy) होडड-कार्ड बाख प्रति संतप्त करे। ANCE: ह्य:	Basis/Proof
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसा Sr. No.	सहायता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एक अस्प आव को प्रयाण यह प्रयाण पत्र की खादा प्रति संतर्भ के "PURPOSE" for सहायता हेतु है	है। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST: कर्ष गर्न विनती का उर्दे	ion Card ach Copy) होड कार्ड बाख प्रति सोन्दन करे। ANCE: हिंदा	Basis/Proof अन्य कोई सक्षय
(Attach Card Copy) मरोबी रेखा के मेर्च प्रथम (प्रमाण कर की साथ प्रति संस	सहायता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एक अस्प आव को प्रयाण यह प्रयाण पत्र की खादा प्रति संतर्भ के "PURPOSE" for सहायता हेतु है	शिक्षार (Att उपाय पत्र की REQUESTING ASSIST. कमें गर्न विनती का उद्दे	ion Card ach Copy) होड कार्ड बाख प्रति सोनान करे। ANCE: हिंदा	Basis/Proof अन्य कोई सक्षय
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसा Sr. No. स्था संख्या	सहामता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्प आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापा प्रति संतान क "PURPOSE" for सहामता सेंतु र्षे अस्पत	है। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST: कर्ष गर्न विनती का उर्दे	ion Card sch Copy) गुंड- कार्ड साथ प्रीत संस्था करे। NCE: स्प: iptions Attached ई प्रतिवंदन सूची संस्था	Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसा Sr. No. स्था संख्या	सहायता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एक अस्प आव को प्रयाण यह प्रयाण पत्र की खादा प्रति संतर्भ के "PURPOSE" for सहायता हेतु है	है। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST: कर्ष गर्न विनती का उर्दे	Son Card sch Copy) गुंग्रेड कार्ड ग्राम्य प्रीत संसम्भ करे। INCE: ग्यः iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम	Basis/Proof अन्य कोई सक्रय
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसा Sr. No. स्था संख्या	सहामता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्प आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापा प्रति संतान क "PURPOSE" for सहामता सेंतु र्षे अस्पत	है। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST: कर्ष गर्न विनती का उर्दे	Son Card sch Copy) गुंग्रेड कार्ड ग्राम्य प्रीत संसम्भ करे। INCE: ग्यः iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम	Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य
(Attach Card Copy) गरीको रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण पत्र को साम्य प्रति संसा  Sx. No. क्रम संख्या	सहामता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्प आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापा प्रति संतान क "PURPOSE" for सहामता सेंतु र्षे अस्पत	है। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST: कर्ष गर्न विनती का उर्दे	Son Card sch Copy) गुंग्रेड कार्ड ग्राम्य प्रीत संसम्भ करे। INCE: ग्यः iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम	Basis/Proof अन्य कोई सक्रय
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण कर की साथा प्रति संसा  Se No. क्रम संख्या	सहामता के तिये विनित्ते  EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्य आव कई प्रमाण वह (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतर्भ क  "PURPOSE" for सहामता हेतु है  Me	शिक्षा स्थाप पत्र की स्थाप स्	Son Card ach Copy) ग्रेम्ड कार्ड ग्राम्य प्रीत संस्थान करे। ANCE: ह्य: iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संस्था CCLECE	Basis/Proof ora wif mad
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण कर की साथा प्रति संसा  Se No. क्रम संख्या	सहामता के तिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्प आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापा प्रति संतान क "PURPOSE" for सहामता सेंतु र्षे अस्पत	हाधार (प्रमाण पत्र के REQUESTING ASSISTA क्ये गर्ने विनती का उर्दे edical Reports/Prescr (स्प्रहॉक्टर से जारी की ग	Son Card ach Copy) विक्र कार्ड वान्य प्रति संस्पन करे। ANCE विद्राणिक Attached ई प्रतिबंदन सूची संस्पन	Basis/Proof ora wif mad
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण कर की साम्य प्रति संसा  Se No. क्रम संख्या	सहामता के तिये विनित्ते  EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्य आव कई प्रमाण वह (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतर्भ क  "PURPOSE" for सहामता हेतु है  Me	हाधार (प्रमाण पत्र के REQUESTING ASSISTA क्ये गर्ने विनती का उर्दे edical Reports/Prescr (स्प्रहॉक्टर से जारी की ग	Son Card ach Copy) ग्रेम्ड कार्ड ग्राम्य प्रीत संस्थान करे। ANCE: ह्य: iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संस्था CCLECE	Basis/Proof ora wif mad
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण का भी सामा प्रति संसा  Sr. No. प्राम संख्या	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र पत्र पत्र पत्र पत्र पत्र पत्र पत्र	हाधार (प्रमाण पत्र के REQUESTING ASSISTA क्ये गर्ने विनती का उद्दे edical Reports/Prescr (स्प्रहॉक्टर से जारी की ग	Son Card ach Copy) ग्रेडड कार्ड ग्राच्य प्रीत संस्पन करे। ANCE ह्य: iptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संस्पन COLLO	Basis/Proof size will mea
Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्य आय को प्रमाण यह पत्र को प्रमाण यह पत्रमण पत्र को प्रमाण के "PURPOSE" for सहामना हेतु है अस्यत	कापार (Alt (प्रमाण पत्र को REQUESTING ASSIST) कर्ष गर्न विनती का उद्दे edical Reports/Prescript/डॉक्टर से जारी की ग	tion Card ach Copy) विक्र कार्ड कार्य प्रति संसम्ब करे। ANCE: विद: aptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम्ब	Basis/Proof SET WITH THE TOTAL  PROOF TO ASSISTANCE BEING AVAILED
(Attach Card Copy) परीची रेखा के मेर्च प्रमाण (प्रमाण कर की साथा प्रति संसा  Se No. क्रम संख्या	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र लामां। (प्रमाण पत्र को आमा पत्र संगण का प्रमाण पत्र को आमा प्रति संगण का "PURPOSE" for सामामता हेतु है अस्पत	कापार (Alt (प्रमाण पत्र को REQUESTING ASSIST) कर्ष गर्न विनती का उद्दे edical Reports/Prescript/डॉक्टर से जारी की ग	tion Card ach Copy) विक्र कार्ड कार्य प्रति संसम्ब करे। ANCE: विद: aptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम्ब	Basis/Proof sira will mea
Sr. No.	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) पत्र अस्य आय आ अस्याग रह पत्रमण पत्र को आया और संस्था कर्तु है  "PURPOSE" for सहायता हेतु है  अस्यत	कापार (Alt (प्रमाण पत्र को REQUESTING ASSIST) कर्ष गर्न विनती का उद्दे edical Reports/Prescript/डॉक्टर से जारी की ग	tion Card ach Copy) विक्र कार्ड कार्य प्रति संसम्ब करे। ANCE: विद: aptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संसम्ब	Basis/Proof SET WITH THE TOTAL  PROOF TO ASSISTANCE BEING AVAILED

# DECLARATION by APPLICANT: STREET GIT WHEN 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.
- 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.
- 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) में घोषणा करत हैं कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य पाम जाता है तो मेरी स्वागता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहागत गति "कॉलिका काउन्तेमन", मे ली क रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में पार नाय है।
- 3) में पुष्टि करण हैं कि विस सहायत हेतु या प्रार्थन को गई है, इस ग्रांत का अधिक मा सकत हिस्सा किसी अन्य ख्रेतानियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पतिष्य में मुनैश।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHREW DR WOLL)

- 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.
- 1) इस प्रयत पर जपने इस्ताबन या जंगते की बाप लगाकर, मैं (आवेदक) जपने सहयति की चुन्दि करता हैं एवं "कांशिका फाउंदेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हैं कि मैरा पाम, पत्नी और जो विवास इस प्रयत्न में प्रीपत है, उसे "कोशिका" एवम् नक्ष्मों, दान, यापना/या दूसने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय में प्रमारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेंगन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेशक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं क्नाता। इस सम्बंध में "बोलिका" एवम् उपको न्यासिकों का निर्णय अतिम और ब्यायकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताकर या जेन्द्रे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (EMPIR STE WATE)

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 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.
इन्हों ऑफक्त, इन्लाइरी की ओर से मामले रोगों को "कॉशिका फाउन्टेशन" से विदिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) फिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांधान और न ही भीक्य में विदिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से इक्त रोगी/व्यान में लेंगे या से रहे है, जैसे कि इमने "कॉशिका फाउन्टेशन"
से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा समायता विभी अन्य सम्बंध में "कॉशिका काउन्टेशन" हारा सददारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अध्यक्तर सुरक्षित रक्षता है। इस चुटि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वित्र मदद उक्त रोगी/यामले हेतु किसी

2. "कॉलिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रभृति को है। रोगी पर हरणवाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनव रोगी एवं हरणवाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई तबाव नहीं है। इस्तेलये हरणवाल में रोगी के इस्तव्य सुरक्षा और अर्थ जाने की सारी किमोदारी रोगी एवं हरणवाल

की होगी और "क्रोशिका" की कोई धूमिका या किम्मेदारी इस यापले में नहीं होगी।

गैर सरकारी संस्था या किसी जना साधन से नहीं लेगा लेगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE un aty स्वीकृती के लिए संस्तृति Mr. Lakshmipathi N **Date of Surgery** Dr. Laxmi Dorennavar Manager Outreach ऑपरंशन की तारीख (Name County Workship of Armorage Signatory (A unit of Street Street of Hespitalist Bed Area 16/M, Thirthwise Street Street Street Street MBBS, MS, PPRS, FICO 16/01/25 आनरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताधाः । न्यासी हस्ताक्षर 2