| | | | | | AD 1 |
|---|---|--|---|--|--|
| APP | | ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप | | hcare) ऐसमाल) | Koshika |
| APPLICATION No.: | olau. | - 0010 | APPLICATION DATE | 1 Liter | Building block of life |
| आवंदन संख्या : | | 5 0210 | आनंदन तिथी | 24/26 | - |
| NAME of APPLICANT : | | landrajy . Rn | AGE-YEARS | | (A) |
| FATHER S/SPOUSE'S। चिता/कटुम्प का नाम | O) 2 | mahadevarn | 91 | | 1901 |
| P.7.0 | ugarote | PRESENT RESIDENCE ADDRE | | ti | 100 |
| Phi | 1 | | 11 (1) | | The state of the s |
| | mandy | ERMANENT RESIDENCE ADDRE | alath | | 18 26 |
| | | ENMANCH! NEGIDENCE ADDRE | pa : eath obdisting alli | | pxop-put op orto - Buararaju |
| | | | | | Dale - Bugiousous |
| OCCUPATION : | | 1 5 | | 1 / 2 5 | |
| अवस्थाप | Con | o he | | - | / UNMARRIED (अविवासित) |
| TOTAL ANNUAL INCOM भूत वार्षिक आप | | 15000 | | (Attach Proof of In (आय का मास्य सं | ecome) |
| PAN No. POT SIDE THE ARE YOU AN INCOME T | | Tick whichever is applicable): | Yes / N | 1 | |
| क्य अग आप कर दाता | विमान्य हो उ | स पर सही का निशान लगाये। | 117 平 | in . | |
| 2.00 | | | AMILY DETAILS TREE | The state of the s | |
| Sr. No. ग्राम संश्राप | Na Tri | me of Family Member त्यार के अदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender film | Relation with Applicant अरवेदक के साथ सन्दर्भ |
| F1.099 | | SMA-R-1833 H - 31 - 31.7 | 37.137 | 740 | Secret A. Bill 1994 |
| ty | Post: | tra mme | 418 | | Dill |
| | F-GLICKSLIKOV-4-2 | | 101.0 | | |
| No. | | | 300 | | |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | BASIS for REQUESTING AS | | ever is applicable) | |
| | | | | ever is applicable) | |
| SM. Carri | | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT of First fordi | y server | ation Card | Any Other |
| | 1 Свру) | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT of first farsh EWS Certificate Copy) HEG and of June US | Y SENSE RI (All EQ | etion Card tach Copy) भोजा कार्य | Basis/Proof |
| (Antach Curd | Debh) | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT of first farefi EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Y SENSE RI (All EQ | ation-Card tuch Copy) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य |
| (Ambieh Cord) गरीबी रेखा के नीचे | Debh) | BASIS for REQUESTING AS सहायता को तिन्से विन्ती EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप अरूप को प्रमुख पत्र (प्रचारा पत्र को साना प्रति संसान स | Y SENSE RI (All EQ | ation-Eard tach Copy) पोंच्या कार्य । साथा प्रति संस्थान करे। | Basis/Proof |
| (Antach Cord) गरीबी रेखा के नीब | Debh) | BASIS for REQUESTING AS सहायता को लियो विपत्ती EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अथ को प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसान स | े अहम्पार (A) (A) (3प (प्रथम पत्र क | ation-Eard tach Copy) पोंच्या कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। TANCE: | Basis/Proof |
| (Antach Cord) गरीबी रेखा के नीब | Debh) | BASIS for REQUESTING AS Hहायता को जिलो विज्ञी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अथ को प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कंतरन व | REQUESTING ASSIST | elico-Card tach Copy) प्रवेशा कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। (ANCE: triptions Attached | Basis/Proof |
| (Artisch Card (Artisch Card) गरीबो रेखा के नीबे (प्रमाद पत्र भी साम्य प्रति | Debh) | BASIS for REQUESTING AS Hहायता को जिलो विज्ञी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अथ को प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कंतरन व | अवधार Requesting Assist किये गये विनदी का उद् | elico-Card tach Copy) प्रवेशा कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। (ANCE: triptions Attached | Basis/Proof |
| (Antach Card (Antach Card) गरीबो रेखा के नीबे (प्रमाद पत्र भी साम्य प्रति | Debh) | BASIS for REQUESTING AS Hहायता को जिलो विज्ञी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अथ को प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कंतरन व | REQUESTING ASSIST | elico-Card tach Copy) प्रवेशा कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। (ANCE: triptions Attached | Basis/Proof |
| (Antach Card) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाद पत्र भी साथा प्रति Sc. No. क्रम चंडमा | ा Свру) प्रमाण पत्र व सोलान करे। | BASIS for REQUESTING AS HEIDER को जिसी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अन्य कर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कोलान व "PURPOSE" for सहायता हेतु | Requesting Assist किये गये विनदी का उद् | elico-Card tach Copy) प्रवेशा कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। (ANCE: triptions Attached | Basis/Proof |
| (Antich Card (Antich Card) गरीबी रेखा के नीब (प्रमाद पत्र भी साथा प्रति Sc. No. | ा Свру) प्रमाण पत्र व सोलान करे। | BASIS for REQUESTING AS Hहायता को जिलो विज्ञी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अथ को प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कंतरन व | REQUESTING ASSIST | elico-Card tach Copy) प्रवेशा कार्य । साथ प्रति संसम्भ करे। (ANCE: triptions Attached | Basis/Proof |
| (Antach Card) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाद पत्र भी साथा प्रति Sc. No. क्रम चंडमा | ा Свру) प्रमाण पत्र व सोलान करे। | BASIS for REQUESTING AS HEIDER को जिसी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अन्य कर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कोलान व "PURPOSE" for सहायता हेतु | Requesting Assist किये गये विनदी का उद् | ation-Eard path Copy) भोजा कार्य । कार्य प्रति कांगन करे। IANCE: देवय: riptions Attached गई प्रतिसंदर सूची संस्थान | Basis/Proof |
| (Antach Card) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाद पत्र भी साथा प्रति Sc. No. क्रम चंडमा | ा Свру) प्रमाण पत्र व सोलान करे। | BASIS for REQUESTING AS HEIDER को जिसी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अन्य कर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति कोलान व "PURPOSE" for सहायता हेतु | Requesting Assist किये गये विनदी का उद् | ation-Eard path Copy) भोजा कार्य । कार्य प्रति कांगन करे। IANCE: देवय: riptions Attached गई प्रतिसंदर सूची संस्थान | Basis/Proof |
| Se. No. क्रम संस्था | ा Свру) प्रमाण पत्र व सोलान करे। | BASIS for REQUESTING AS HEIRIN N. first first EWS Certificate (Attach Certificate Copy) HEIR AND WITH THE THE THE THE THE THE THE THE THE T | Requesting Assist किये गये विनदी का उद् | ation Card पुर्वा Copy) भोजा कार्य । कार्य प्रति कांगण करे। TANCE: triptions Attached वर्ष प्रतिबंदन सूची संलग्न | Basis/Proof |
| Se. No. क्रम पंत्रमा | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEIRIN N. first first EWS Certificate (Attach Certificate Copy) HEIR AND WITH THE THE THE THE THE THE THE THE THE T | हैं। (प्रयम पत्र के REQUESTING ASSIST किये गये विनदी का उप् Medical Reports/Presc met/stlass से बारी को प | ation Card पूर्ण Copy) मोला कार्य । प्राप्य प्रति ग्रांसण्य करे। CANCE: रहेप: ग्रंगूरांons Attached वर्ष प्रतिबंदन सूची मंसण्य | Basis/Proof |
| Se. No. क्रम संस्था | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEIRIN N. first first EWS Certificate (Attach Certificate Copy) HEIR AND WITH THE THE THE THE THE THE THE THE THE T | हैं। (प्रयम पत्र के REQUESTING ASSIST किये गये विनदी का उप् Medical Reports/Presc met/stlass से बारी को प | ation Card पुर्वा Copy) भोजा कार्य । कार्य प्रति कांगण करे। TANCE: triptions Attached वर्ष प्रतिबंदन सूची संलग्न | Basis/Proof |
| Service Care (Andsch-Care) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र भी साम्य प्रति | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT IN First fauft EWS Certificate (Attach Certificate Copy) HEIGHT IN HIT WITH UN (WHITE IN HIT WHITE IN PURPOSE" for HEIGHT RE | हिं। (प्रयम पत्र के प्रमुख पत्र के प्रयम पत्र के पत्र क | ation Eard पूर्ण Copy) भोजा कार्य । प्राप्य प्रति ग्रांसम्य करे। TANCE: स्वय: ग्रांक्रां प्रतिबंदन सुनी मंसम्य | Basis/Proof अ≈ कोई साक्ष्य |
| SPL Card (Antich Card) गरीबी रेखा को नीब (प्रथम पत्र भी प्राच्य प्रशि Sr. No. अन्य संस्था | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEREIGH को first forst (Attach Certificate Copy) अस्य अध्य कर्म प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आमा प्रति संसाम के अस्य अपि प्रमाण पत्र को आमा प्रति संसाम के अस्य अपि प्रमाण पत्र को अस्य अपि प्रमाण के अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य | प अवस्थार (अप्याप पात्र को (अप्याप पात्र को REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उप् Medical Reports/Presc met/श्रीक्टर से कारी को - Catalac Catalac Catalac Tor SAME "PURPOSE" य संसामता किसी अन्य र | ation Card पूर्ण Copy) भीवा कार्य । प्राप्य प्रति संसम्भ करे। CANCE: रंपप: गंग्रांगा Attached वहं प्रतिबंदन सूची संसम्भ | Gasis/Proof अन्य कोई सास्य |
| Se. No. क्रम संस्था | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT IN First fauft EWS Certificate (Attach Certificate Copy) HEIGHT IN HIT WITH UN (WHITE IN HIT WHITE IN PURPOSE" for HEIGHT RE | प अवस्थार (अप्याप पात्र को (अप्याप पात्र को REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उप् Medical Reports/Presc met/श्रीक्टर से कारी को - Catalac Catalac Catalac Tor SAME "PURPOSE" य संसामता किसी अन्य र | ation Card प्रदर्ग Copy) प्रोक्षा कार्य । प्राप्य प्रति प्रांतप्य करे। CANCE: रहेपप: ग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रां | Basis/Proof अ≈ कोई साक्ष्य |
| Sr. No. | ्रिक्ष्ण्य प्रदेश अभाग प्रदेश | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT को निर्म विश्वी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव्य को प्रमाण पत्र (प्रचारा पत्र को साम प्रति संसाम व "PURPOSE" for सहायता हेंदू A अस्य ASSISTANCE BEING AVAILED हम उद्देश के हेंदू कोई अ | प अवस्थार (अप्याप पात्र को (अप्याप पात्र को REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उप् Medical Reports/Presc met/श्रीक्टर से कारी को - Catalac Catalac Catalac Tor SAME "PURPOSE" य संसामता किसी अन्य र | ation Card प्रदर्ग Copy) प्रोक्षा कार्य । प्राप्य प्रति प्रांतप्य करे। CANCE: रहेपप: ग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रां | Basis/Proof अ≈ कोई सास्य |
| Sr. No. Sr. No. | Surlq | BASIS for REQUESTING AS HEIGHT को निर्म विश्वी EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव्य को प्रमाण पत्र (प्रचारा पत्र को साम प्रति संसाम व "PURPOSE" for सहायता हेंदू A अस्य ASSISTANCE BEING AVAILED हम उद्देश के हेंदू कोई अ | प अवस्थार (अप्याप पात्र को (अप्याप पात्र को REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उप् Medical Reports/Presc met/श्रीक्टर से कारी को - Catalac Catalac Catalac Tor SAME "PURPOSE" य संसामता किसी अन्य र | ation Card प्रदर्ग Copy) प्रोक्षा कार्य । प्राप्य प्रति प्रांतप्य करे। CANCE: रहेपप: ग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रांग्रां | Sasis/Proof अन्य कोई सास्य ASSISTANCE BEING AVAILED |

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चांपणा पर:

- 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 sciemnly 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.
- मैं चांचण कात है कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार स्तप एवं नहीं है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाप पाण जात है तो मेरी म्हामता नियस की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता एडिंग "कॉरिंग्स फाउन्टेशन", में शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कायेग, जो इस प्रारूप में मार गया है।
- 5) मैं पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का मांतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजकाओंच कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिचय में सुना।

AGREEMENT by APPLICANT (spice git with)

- 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 अपने हस्ताधर या अंगटे की छाप लग्यकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवस् न्यासी, राज, पायकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए ऑफिन्त हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडोगन" म न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मंत्र नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उट्टेरपों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार वहीं बनताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेषक के हम्साक्षा या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शन्ताल 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 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.

हमारं अधिकृत, हस्तक्षरी की ओर से मामलेपोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्त्वतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सांसान और न हो संबच्ध में मिलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकानिशाविनति उक्त के सम्बच में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए परंद हंतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहस्यत किसी आध्यात किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अध्यत्यल दितीय परंद उक्त रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेक्ट्र लेगी।
- 2. "कोशिका कार-देशन" से ली गाँ सहस्वत केवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यतल द्वारा री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यतल
- के बीच का किएय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने कुने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

| की डोगी और "कोशिका" की | कोई पूजिका था जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। | CHARLES AND ALCOHOLD | PTENCE BUTTER | | |
|-------------------------------------|---|----------------------|--|--|--|
| | RECOMME | NDED FOR ACCE | FR TAY LAKSHMIPATHI M | | |
| Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख़ | MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unitere of Dr. & Rego. No. with Stamplust) Vaccinities and A. Theory of A. S. | | Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) | | |
| | FOR INTERNAL USE of KO | SHIKA FOUNDAT | TON अनिर्देश राष्ट्रीय हेत् प्रता, Bangalore-52 | | |
| S | GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताकृत । | | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 | | |
| E | Soferyel | | lit | | |