

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1095/2015		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 24/10/95					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Zaibunissa		AGE-YEARS : आयु-वर्ष : 73				SEX : लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुका का नाम : W/O Abdul Aziz		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : H.No. 177, Madheena Nagar, Chinnabhatti, Bangalore, Karnataka				Pre-op post-op 2015 - Zaibunissa	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : 					
OCCUPATION : व्यवसाय : unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : 					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)					
PAN No. : आय का पहचान संख्या : 							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 प्रमाण							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
①	Diagnostics RF - Distress LE - Distress						
②	Surgery RF - Distress + P.W.O.						
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				

DECLARATION by APPLICANT: **आवकता का प्रमाण पत्र**

- 1) मैं संस्था काता हूँ कि इस प्रकरण में दिने गरी पन्नी विद्यार्थी पेशी कायबारी को अनुसात सत्य एवं सही है। यदि कोई विद्यार्थी एवं कर्मचारी अत्यंत गलत जगह है तो पेशी कायबारी विवेक की आ सक्ती है।
- 2) मेरी ज्ञान को सहायता एलि "कोलिका काउन्सिल", से हो जा रही है, प्रकाश जगोनी जगोरी जगोरी की पुरी के दिने किय जगोनी, जो इस प्रकरण में भाग गलत है।
- 3) मेरी पुरी काता हूँ कि विम सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, इस एलि का जगोनी या सक्ती विमना किसी अन्य कोलिकाकाउन्सिल सक्ती से न हो विमना है और न ही पक्किय में गलत।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिप्रेतक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 fulfillment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिबिम्बित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पक्षों या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इन बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महात्मा के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः महात्मा का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षक के दायरे में निहित विधान

AGREEMENT by HOSPITAL (FORTH OF WTR)

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.

हमारे अधिकांश, हस्तशरीर को उल्टे से आसानीसे ही को "कोशिका काटने" से विविध प्रकारों से निकालने की जगह है, जिसे हम (हमेशा) बिना प्रकाश से माया में लीजान करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRATHI, B.K.
MBBS, FGO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.प्र.प्राथी, बी.के.
एम.बी.बी.एस., ए.जी.ओ., ए.पी.ओ.एस.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मुख्य चिकित्सक, अश्वमेध आश्रम, अश्वमेध

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासी इम्तदार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
