

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : B/1085/2225

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

N. Balasub

AGE-YEARS लघु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

S/O late Ninge Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. No 62, Brundaguite, Nagawangab (r)

Mannakalli, Mandya (r) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

He op post op
8885 - N. Balasub

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un Employe

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. नयाई कर का संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची प्रमाण
①	Enigmosis RF - Outpatient CE - Outpatient
②	Surgery RF - Outpatient + P.O.I.

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: Date: _____

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.

Signature of Applicant: _____

- AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) इस तरह से अपने इरादों का अंजल की इतनी लचक, मैं (अधिवक्ता) अपनी सहायि की मुण्डि बना हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उनके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वेद पत्र, पत्र, फोटो और जो विवरण इस तरह से कोशिका है, एवं "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, चक्रवर्ती द्वारा उद्देश्य से कुछी प्रतिबंधित और उल्लंघितों के जिनो किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण मेरे इरादों के पत्रों का रूप से करने के लिए "कोशिका कारागारों" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अधिवक्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पत्र, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे उचित: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

संवेदक के प्रयोगों की विधि का विवरण



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 जीवन, हमारी कोशिशें और ये पल्लोचरणी को "कोशिश" कहना "हम" से बहुत अलग है। हमारे जीवन, हमारी कोशिशें और ये पल्लोचरणी को "कोशिश" कहना "हम" से बहुत अलग है। हमारे जीवन, हमारी कोशिशें और ये पल्लोचरणी को "कोशिश" कहना "हम" से बहुत अलग है।

1. यदि अधिकृत, इकाई को और से समालोचना को "कोशिका पाठ्यपत्र" में विधि सहायता हेतु विचारों को जोड़ें है, उसे इसे (हस्ताक्षर) पर, उचित रूप से संकेतित किया जाना चाहिए। यह कि न तो संशोधन और न ही अधिकृत में विधि सहायता किसी के साक्षरी संशोधन या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त सौंपावले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका पाठ्यपत्र" में विचारों/विशेष उक्त सं संशोधन में "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/व्यक्ति हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अंग्रेजी में किसी अन्य के साक्षरी संशोधन या किसी अन्य संशोधन से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अंग्रेजी विधि पर उक्त सौंपावले हेतु किसी के साक्षरी संशोधन या किसी अन्य संशोधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका पाठ्यपत्र" में लेखी सहायता संशोधन विधि प्रकृति की है। लेखी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या विधि में उपलब्ध/प्रक्रिया का मुख्य सौंपे एवं हस्ताक्षर से लेख का विवरण है और "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा किसी उक्त का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर से लेखों को इलाज सुलभ और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई भुवि/या किसी/दोरी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अविरोधान्, की अपेक्षा

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

होस्टल का नाम मे इच्छाकरके रखे गे.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिभूत अधिकारी

(कैसीक) कायम केरू The L. J. CARD TRUST
 11/20/2019 11:20:00 AM 11/20/2019-52

न्यासी हस्तधर ।

न्यासी इत्यादि ३

Exchanged

2020