## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: Building block of life आवेदन तिथी AGE-YEARS STEE-UN SEX 作物 ubbulamma en Cala Swame PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्टमान अव्यासीय पता 0257 0267 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : उथाई आवासीय पत K. Subbulanna K. Subbulann Port OD Pou Op WHE MARRIED (বিবারির) / UNMARRIED (কবিবারির) (Attach Proof of Income) anul Income (आय का साक्य संलग्न) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No চাঁ / বচী क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निरान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant परिकार के सदस्यों का नाम ठप्र (वर्ष) आयेदक के साथ सम्बंध or u a ma BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिध आधार **EVIS Certificate** Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Certificata Copy) Basis/Proof अल्प आय वर्ग प्रमाण पत उपभोजता कार्ड (प्रमाण पत्र करे छापा प्रति संसन्त करे। अन्य कोई सक्य (प्रमाण एव की छाटा प्रति संसान करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु कियं गये विनती का उपरेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉपटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Dov ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से दिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राही

APPLICATION No. 1

NAME of APPLICANT:

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

a war

40.000

आवेदन संख्या :

आयेदक का नाथ

पिता/कटुम्प का नाम

OCCUPATION:

कुल वार्षिक आय

TOTAL ANNUAL INCOME:

PAN No. स्थाई साता संख्या

Sr. No.

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रयाग पत्र को छावा प्रति संतान करे)

Sr. No.

क्रम संख्या

Sr. No.

क्रम संख्या

क्रम संख्या

स्यवसाय

## DECLARATION by APPLICANT: अस्पेट्ड हार क्षेत्रण एक:

- 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्राप्तन में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय गया जाता है से मेरी महायस निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सतानता ग्रीत "कोशिका फाइन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेट यह प्रार्थत की गई है, उस ग्रांत का आतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोगक/बीमा कम्पणी से न तो तित्य है और न ही घरिष्य में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SURE STO WIT)

- 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 modum, 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 प्रत्य पर अपने इस्तावर या जंगते की काव तत्ताकर, मैं (आवेरक) अपनी सवपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशर और उसके त्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्ती, पतेर और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवन् त्यामी, पान, पावना/या पूसरे उद्देशर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयक्ष का विवरण मेरे इलाज को पत्तले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व त्यामी अधिकृत है।
- 2) में (अवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहाथता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुत्ते स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अववेदक के हमतावर या अंगुले का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (\*\* FRETH THE WORL)

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 अधिकृत, हालक्षरी को ओर से मामले/होगी को "कोशिका फाउन्देशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वार्तमान और न ही परिच्या में बिरिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" हो सिक्शांतिका काउन्देशन" हो सहायता विनति अधिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य रहे संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेंगे का अधिकार सुरक्षित रावता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय परंद उका रोगी/पामले हेतु किसी

पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही शंगा/शेगी। 2. "कोशिका फाइन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलाड या किये गये उपचारप्रक्रिया का युनाव रोगी एवं इस्पताल

के बीच का किया है और "कोशिका फाउन्देशन" इस किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये हस्थतल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई भूभिका या जिम्मेदारी इस जायले में नहीं होगी।

		NDED FOR ACCEPTENCE । के लिए संस्तृति
Date of Surgery ऑपोशन की वारीख \२/6/19	Dr. Racere Seph (Name of IN) & Regri. No. with Sta (NIRCE TALIES & TRAINER OF THE	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  B.W. Lions Card and Responsibility  B.W. Lions Card and Responsibility
	FOR INTERNAL USE of KC	Living, Living Life Hospital Room
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी क्रताक्षर 2
\$	fungel	lier E