				H5165		
	TON FORM FOR ASSISTANCE यता हेतू आबेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय रे		Koshika		
PPLICATION No.:		APPLICATION DATE : आयोदन तिथी	10/7/19	Building block of life		
AME of APPLICANT :	. Rajamma	AGE-YEARS STE	-पर्च SEX शिंग			
ATHER S/SPOUSE'S NAME : त्वा/कटुम्म का नाम	Nagwaran					
11.1	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	0		3-		
matapiva	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS			0281 0281		
Eler, Cl	ittoor Dist, A	motera B	radesh.	1. Rajoverma 4. Rajomen por op part op		
CCUPATION:	ouse voile		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अधिवाहित)		
and the second s	35,0001- (family	Income	(Attach Proof of Inc (आय का साध्य संश	ome) IP4)		
AN No. THE BEST THEFT RE YOU AN INCOME TAX AS	SSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No				
र आप आप कर राता है (में	मान्य हो उस पर सडी का निशान शागये। FA	र्श / नहं MILY DETAILS  परिवार				
Sr. No. क्रम संदर्भ	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
1 1	la laceresa	21	_	D 0 0 1/-		
	Telanina	54	-	Dongkler		
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विन्ती	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेशा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समय प्रति संसम्ब करे)		Ra (Att	tion Card ach Copy) शेक्टा कार्ड झमा प्रति संतान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्य		
		REQUESTING ASSIST				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्प्रताल/वर्गिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	Dov					
	211 0111					
	Left egt					
	SICST	100				
	ASSISTANCE BEING AVAILED	Na SAME (DIIDAGE)	from OTHER COURSE			
	इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	य सहायता किसी अन्य स	वांत से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED		
Sr. No. फ्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य स्थीत का नाम	UE .		ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहापता यशी		
	BWIEH					

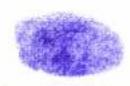
## DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वार घोषणा पत्र:

- 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 करता है कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकार के उनुकार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन जसाय पाम जात है तो मेरी सहायता निरम्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता प्रति "कोदिल्का फाउन्देशन", से शी जा शी है, उसका उपयोग दशी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मद गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि दिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोधनियोजक बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही मंत्रिया में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (MINUS BIT WOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hareby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use publishiput-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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की काथ लगाकर, में (अवदेशक) अपनी सामगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोतिका" एवन् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्याम से प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न को विवारण मेरे इलाज के पताले या बार में करने के लिए "कोतिका फाउंडेसन" व न्यासी ऑधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेंग नाम, पता, फोटो और विवाल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकगर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय जीत्य और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : এবেবার র বনারে আ প্রবৃত্তি বা বিবাব



## AGREEMENT by HOSPITAL (FIRST BY WOL)

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:

(hospital) nereby arrive & 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 Keshika 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, हरतक्षरी की ओर से मानकेरोगी को "क्षेतिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायत हेतु विक्राणित की काती है, जिसे हम (हस्प्ताल) निन्न प्रकार में मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कर्रमान और न ही पविष्य में क्षितिय सहायत किसी नैत सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्षेत्र से उका रोगी-पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "क्षेत्रिका फाउन्डेशन" से सिकारिका/विविध उक्त के सम्बंध में "क्षेत्रिका फाउन्डेशन" हम पदर हेतु कि है। यदि "क्षेत्रिका फाउन्डेशन" हम सहायत विनीत अस्थितक हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्थालत किसी अन्य ती कार्य संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायत लेने का अधिकार सुर्विध रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा बात है कि अस्थालत द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी नैत संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायश केयल वितिय प्रकृति की हैं। येगी पर हम्पतल द्वार में गई सलाह या किये गई उपपारजिक्या का पुगव रेगी पर्व हस्पतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं हैं। इस्रतिये हस्पतल में रंगी के इलाज सुरक्षा और अने जले की सारी जिम्मेरारी रंगी एवं हस्पतल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेरारी इस मामले में नहीं होगी।

		ENDED FOR ACCEPT ती के लिए संस्तुरि			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Rachel Joseph (Name of Dr. & Reon, No. With Stamph 5-457 stack of the With Stamph 5-457		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)		
	FOR INTERNAL USE of K	OSHIKA FOUNDATI	ON अन्तरिक, वर्षान, हेंद्रे, Bangalore - 560 002		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तापर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताकर 2		
8	fungel	=	lite.		