

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	31/0525/0429	APPLICATION DATE: दर्शन तिथी:	10/5/25	AGE-YEARS: वय-वर्ष 60	SEX: सेक्स F	 Building Block of Life
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	T. Thimmamma					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम:	60 chikka	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्य जागरूक पता:	Bengaluru post Koppababli maddur taluk D mallige mandal Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: जागरूक पता:	Same as above					
OCCUPATION: पालनपानी:	Cookie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल आय का पता:	28,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न)				
PAN No.: पट्टी नाम संख्या:						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर एक है (जो भान्ड हो उस पर मही का विवर साझें)		Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण						
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		
1) Raju MC		45	M	Son		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मद्दत के लिये चिह्नित आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक इस संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक इस संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताक इस संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मद्दत के हेतु लिये गये चिह्नित का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
1) Diagnosis	BE retract LE PCPOL					
2) Surgery	BE retract + PCPOL					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि				
1) DBCS		2000/-				

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेटर द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
- 1) मैं योग्यता काल हूं कि इस प्रकार मेरे लिए गये योग्यता विवरण मेरी सहायता के मनुष्याने यात्रा एवं जाति हैं। यदि कोई विवरण यह कारण अस्वास पापा काल हूं कि मेरी सहायता विवरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जाहाज तरीके "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति है, उसका उपर्योग उसी बदेव को पूरी के लिए विवरण जारी, जो इस प्रकार मेरे भवित्व में भवा जाता है।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह जारी को गई है, उस गाँधी का वाचिक या अल्पता विवरण किसी अन्य संस्थानीयोग्यका/बीमा कामनाएँ जो न तो विवरण हैं और न ही विवरण में सूची।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेटर द्वारा कार्रा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकार पर आगे इत्यत्त्व या गाँठे की लागतकर, मैं (अप्लिकेटर) अपनी सहायता को पुरी करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा काम, पापा, फाँटे और जी विवरण इस प्रकार मेरे भवित्व है, जो "कोशिका" एवं न्यासों, यात्रा, यात्राया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों द्वारा उपलब्धियों के लिए विवरण भी प्रकार यात्राया से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार या विवरण मेरे द्वारा के यहाँ या बाहर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेटर) इस काल मेरे सहायता हूं कि मेरा काम, पापा, फाँटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है मुझे स्वयं सहायता का इच्छाकारी जीवा कराता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासों का निर्णय अद्यता और वापसीकरण होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लिकेटर के उपलब्ध प्राप्त अंगुठे का निराम

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा कार्रा)

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.

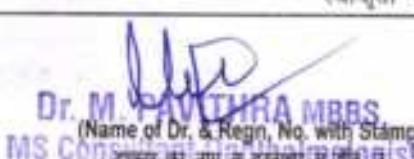
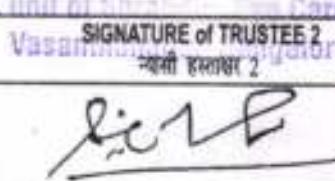
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

इसको अधिकृत, इत्यत्त्व की ओर से यात्रायांतरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार मेराया व सहायता करती है।

1) यह कि न तो वार्षिक और न ही भवित्व में विविध सहायता किसी गैर सहायता संस्थान या विवरण अन्य संस्थान से उपलब्ध योग्यता वाले लोगों का लिए जाती है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणीयविधि उपलब्ध कराया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्राया विवरण अधिकृत उपलब्ध कराया है तो अपलब्ध किसी अन्य गैर सहायता संस्थान का विवरण अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पुरी में स्पष्ट काल काल है कि अपलब्ध द्वितीय पर्याय यह उपलब्ध योग्यता वाले लोगों के विवरण अन्य संस्थान से नहीं संभव/लोगों।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में जीवं गई सहायता की लिए विविध प्रकृति की है। ये गोपनीय पर उपलब्ध द्वारा या विवरण अन्य संस्थान या कीवी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण प्रकार का कोई नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इत्यत्त्व सुनाया और अन्य जनने की सारी विवरणीय उपलब्ध की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
संबोधित के लिए संस्कृति

Date of Surgery अपोरात की तारीख <i>10/05/2025</i>	 Dr. M. RAVINDRA MBBS MS Consultant Orthopaedic Surgeon Bangalore Institute of Ortho Hospital (A unit of Shrikrishna Care Group Trust)	 Mr. LAKSHMI PATHIN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTPATIENTS नाम व पद हस्पताल अधिकारी भूमिका BANGALORE INSTITUTE OF ORTHO HOSPITAL (A unit of Shrikrishna Care Group Trust)
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्पताल 1 KMC No. 91567	 Vasanthi न्यासी हस्पताल 2	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्पताल 2