

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0823/0827**

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **04/08/2023**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **chikkamma**

AGE-YEARS: / आयु-वर्ष: **70**

SEX: / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहस्र का नाम: **w/o mediation**



**Preop 0827 Postop chikkamma**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता: **Chikka Malligene mayasandra hobli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: **Turve Kere Taluk Dodda malligene post**

OTHER RESIDENCE ADDRESS: / अन्य आवासीय पता: **Same as above**

OCCUPATION: / व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: **—**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप करदाता हैं / जो लागू हो उसे पर चक्रों का 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 लिये विवृति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:** / सहायता हेतु किसे लिये चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<b>Diagnosis</b> / <b>RF extract</b> <b>LE extract</b>
2	<b>Surgery</b> / <b>RF extract + PC&amp;E</b>

**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	<b>DRCS</b>	<b>2000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

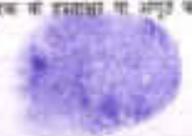
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. I am liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने अथवा सच कहना है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद वाले उद्देश्य को पूर्णतः ही सिद्ध किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रदर्शन की गई है, इस सहायता का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा किया)

- 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 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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, चार, वाक्यांश दूर से उद्देश्य में दृढ़ता से विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सफलता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में घोषित है पूर्णतः सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायो का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा किया)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सन्स्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/समस्या में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु घोषित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/असफल हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता सहायता या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/समस्या हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अंतिम निर्णय प्रकृति की है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ली एवं हस्पताल को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

<p>Date of Surgery अपराध की तारीख</p> <p>04/02/2023</p>	<p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MCh, FRCS, FICO Consultant (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे सहायता अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>