

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : **B)0825/1609**

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि : **19/8/25**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम : **Santosh**

AGE-YEARS वय-वर्ष : **65** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/काकुली का नाम : **Shri Venkata Ramaswamy**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता : **Pombevabatdi, Karwar**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी पता : **Karwar**

OCCUPATION:
अवस्था : **Unemployed.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय : **₹0/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. आयकार संख्या :

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मात्र हो उस पर जहाँ का निशान लगाएँ):

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
१	Nirgama	52	F	Wife
२				
३				
४				
५				
६				
७				
८				
९				
१०				
११				
१२				
१३				
१४				
१५				
१६				
१७				
१८				
१९				
२०				
२१				
२२				
२३				
२४				
२५				
२६				
२७				
२८				
२९				
३०				
३१				
३२				
३३				
३४				
३५				
३६				
३७				
३८				
३९				
४०				
४१				
४२				
४३				
४४				
४५				
४६				
४७				
४८				
४९				
५०				
५१				
५२				
५३				
५४				
५५				
५६				
५७				
५८				
५९				
६०				
६१				
६२				
६३				
६४				
६५				
६६				
६७				
६८				
६९				
७०				
७१				
७२				
७३				
७४				
७५				
७६				
७७				
७८				
७९				
८०				
८१				
८२				
८३				
८४				
८५				
८६				
८७				
८८				
८९				
९०				
९१				
९२				
९३				
९४				
९५				
९६				
९७				
९८				
९९				
१००				
१०१				
१०२				
१०३				
१०४				
१०५				
१०६				
१०७				
१०८				
१०९				
११०				
१११				
११२				
११३				
११४				
११५				
११६				
११७				
११८				
११९				
१२०				
१२१				
१२२				
१२३				
१२४				
१२५				
१२६				
१२७				
१२८				
१२९				
१३०				
१३१				
१३२				
१३३				
१३४				
१३५				
१३६				
१३७				
१३८				
१३९				
१४०				
१४१				
१४२				
१४३				
१४४				
१४५				
१४६				
१४७				
१४८				
१४९				
१५०				
१५१				
१५२				
१५३				
१५४				
१५५				
१५६				
१५७				
१५८				
१५९				
१६०				
१६१				
१६२				
१६३				
१६४				
१६५				
१६६				
१६७				
१६८				
१६९				
१७०				
१७१				
१७२				
१७३				
१७४				
१७५				
१७६				
१७७				
१७८				
१७९				
१८०				
१८१				
१८२				
१८३				
१८४				
१८५				
१८६				
१८७				
१८८				
१८९				
१९०				
१९१				
१९२				
१९३				
१९४				
१९५				
१९६				
१९७				
१९८				
१९९				
२००				
२०१				
२०२				
२०३				
२०४				
२०५				
२०६				
२०७				
२०८				
२०९				
२१०				
२११				
२१२				
२१३				
२१४				
२१५				
२१६				
२१७				
२१८				
२१९				
२२०				
२२१				
२२२				
२२३				
२२४				
२२५				
२२६				
२२७				
२२८				
२२९				
२३०				
२३१				
२३२				
२३३				
२३४				
२३५				
२३६				
२३७				
२३८				
२३९				
२४०				
२४१				
२४२				
२४३				
२४४				
२४५				
२४६				
२४७				
२४८				
२४९				
२५०				
२५१				
२५२				
२५३				
२५४				
२५५				
२५६				
२५७				
२५८				
२५९				
२६०				
२६१				
२६२				
२६३				
२६४				
२६५				
२६६				
२६७				
२६८				
२६९				
२७०				
२७१				
२७२				
२७३				
२७४				
२७५				
२७६				
२७७				
२७८				
२७९				
२८०				
२८१				
२८२				
२८३				
२८४				
२८५				
२८६				
२८७				
२८८				
२८९				
२९०				
२९१				
२९२				
२९३				
२९४				
२९५				
२९६				
२९७				
२९८				
२९९				
२१०				
२११				
२१२				
२१३				
२१४				
२१५				
२१६				
२१७				
२१८				
२१९				
२११०				
२१११				
२११२				
२११३				
२११४				
२				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 लोकतानि करता हूं कि इस फॉर्म के दिये गए सभी विवरण ये तथा कानूनी अनुच्छेद एवं विधान अनुसार प्राप्त जाता है जो मेरी जाहाजी किसी भी बात की बाबत है।
- 2) मेरा जो जाहाजी यहि "कोशिका फाउंडेशन", से ही कर रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण याचिका, जो इस प्रकार मैं प्राप्त करता हूं।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण याचिका होने पर प्राप्ति की गई है, उस तरीके का अधिकार का समक्ष हिस्सा किसी भी बाबत की बाबत से नहीं होना चाहिए है और न ही परिणाम देना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति का अपने हास्ताक्षर या लांगोटे की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महामति की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जालीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में योगिता है, उसे "कोशिका" द्वारा जालीय उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उल्लिखितों के लिये किसी भी प्रयोग जाहाजी से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्राप्ति का विवरण ये इसके के लाले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या जालीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से जाहाजी हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण ये कि जाहाजी को दृष्टिकोण से प्राप्ति है मुझे जाता; जाहाजी का जाहाजी नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके जालीयों का विवरण अद्वितीय और अधिकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के उपरान्त या लांगोटे का लिपान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, हास्पातली की ओर से याचिके/लांगोटे की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजी होने विकारी की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) जिम्मेदारी में प्राप्त करता करता है।

1) यह कि न ही वर्तीकरण और न ही भवित्व में विवरण जाहाजी किसी भी ग्राहकों संस्थान का विवरण या जन्म स्थान से उक्त ग्राहकोंका लिये या नहीं है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित/विवरित तक के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बताये गए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विवरण अधिकारी/कर्ता होने से जाहाजी किसी जन्म या स्थानीय संस्थान का विवरण जन्म स्थान से जाहाजी होने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट जाता जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त ग्राहकोंका लिये या किसी अन्य जाहाजी से नहीं संबंधित होता।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं जाहाजी के बाबत विवरण दृष्टि की है। होती या हास्पातल द्वारा या किसी ग्राहक/प्रीक्षिका का चुनाव योगी एवं हास्पातल के द्वीप का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ग्राहक का कोई रखाय नहीं है। इसलिये हास्पातल में ग्राहक सूची और उनके जीवी विवरणों की योगी एवं हास्पातल की होती और "कोशिका" की कोई सूचिका या किसी दूसरी इस जाहाजी में की होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोंका की तारीख 19/8/25	 Dr. PREETHI B.K. M.B.B.S, D.O., F.I.G.O, F.P.D.S (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Lokmanya Tilak Municipal Hospital Mumbai - 400 012	 Mr. LAKSHMI PATHIN Senior Manager DIABETES (A 100) नाम व पद हास्पातल द्वारा नियुक्त होते हैं। Diabetes Care Team
--	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जालीय हास्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जालीय हास्पातल 2