

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **B/1025/2168**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **15/10/25**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS: **60** GENDER: **F**
वय-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **N/O Murthy**
पिता/पत्न्य का नाम



Pre op post op
2168-Lakshamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **Railway Station Road, Annurandra,**

Dandina Shivana (H) Turuvekere (T)
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: **Home Maker**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **—**
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **—**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 संबंध
①	Murthy	65	M	Husband
②	Anoop M	45	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कौन विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रजिस्टार/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Dignosis RE- Outpat CE- Outpatient
②	Surgery RE- Out + OPD

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 कौन सा सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं से भी मदद मांगी नहीं है, उस मदद का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पूर्णतः सत्य एवं सही मान्य करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बतलाया है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोक्त, दान, सहायता प्राप्त उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रश्न का विवरण सही जानकारी के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रचारित/प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रचारित/प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रश्न का विवरण सही जानकारी के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रचारित/प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रश्न में मदद न मांग सकेंगे।

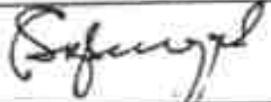
1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी के लिए मांगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत मदद के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अंशिक/पूर्णतः हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान किया गया सहायता केवल वित्तीय सहायता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। इस प्रकार अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे पास होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/10/25	 Dr. PREETI B.K. MD, DNB (Gen. Surg) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्तर का नाम व इलाज का विवरण	 Mr. Lakshminathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 10M, T...
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	--