

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1025/2169**

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

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **64**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम **N/O D.S. Lakshmaniah**



Pre op post op
3169-Neelamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Dandina Shivajia (N) Tumbkur (CT)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Tumbkur (CD) Kasuratak

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 पत्रांक संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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
①	D.S. Lakshmaniah	72	M	Husband

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एनपीके कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएसएस कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diphtheria RE-PCOOL LE-OUTSET
②	Scabies LE-OUT + PCOOL

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 सी राशि सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक सत्य सहाय प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह उम्मीद की नहीं है, या यदि का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से प्राप्त है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्त)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, याचना/या सूचना उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और जनता/समाज के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मनायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्राप्ति हेतु प्रकाशित/प्रसारित किया जा रहा है, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस उम्मीद में "कोशिका" द्वारा प्राप्त उम्मीदों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्त)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रकरण से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमसब किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो ग्राहक सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का हस्ताक्षर प्राप्त की गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या चिकित्सात्मक इस प्रकरण में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/25	 Dr. PREETHI. B.K. M.B.B.S. & F.G.O. F.P.O.S Specialist in Gynaecology & Paediatrics (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Hospital का नाम और डॉक्टर का पता TMSO, P.O. No. 85808	 Mr. Lakshminathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Trus.) (A valid ID Card of the Hospital Authorised Signatory Bed Area) 8-16M, TRUST, MAHARAJA
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	