

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1025/2180
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Nagarajappa
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 69
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Mahaderappa
पिता/पत्नी का नाम



Pre op post-op
2180 - Nagarajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sivanithara Street, Vachakuniya (W) Sahakar Halligala (W) Sathkudla - Chamaraigalpetta (W) Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Un Employed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रदान करें)

PAN No. (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध
1	Sumanika	24	F	Wife
2	Maharajappa	28	M	SON

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

<input 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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे गये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिशेखर सूची संलग्न
1	Dignosis: RE - Treatment LE - Treatment
2	Surgery: LE - Treatment + P.W.O.L

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 की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खत्म करवा दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सकारण तय "कोशिका फाउन्डेशन", से सौ को रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु, या आवेदन को नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनएम जेएनएफ. द्वारा, सावधानता पूर्वक इच्छा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण को प्रकाशित करने या पता में बदले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जेएनएफ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक को उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे सहायक प्राप्त या इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम जेएनएफ की निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

- 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 rights to make up the shortfall from any other 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 को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी 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 सावधानी संग्रहण या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पान करने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक नहीं अधिकृत/प्रदान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सावधानी संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायक उठा लेने/पान हेतु किसी भी सावधानी संग्रहण या किसी अन्य सहायक से जो लेता/लेती।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सौ को सहायता संग्रहण वित्तीय प्रकृति को है। लेने या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायक या जिसे गये उपचार/उपचार का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को घोषित का निशान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने से उठाया मुआजा और जाने जाने को सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर को लेनी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery

14/10/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इजाजा व एच. नं.

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(A Limited by Public Act, 1926)

सं. 1924 (A Limited by Public Act, 1926)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो इजाजा 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो इजाजा 2

(Signature)