

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **B/1025/2184**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **17/10/25**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS : **65**
SEX : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **H/O Nanjalah**
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **H.O. No. 49, Kainagastone (W) Kaggallipura,**

B.P. Pura (Ch) Malavalli (Ch) Mandya (Ch) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **व्याप्त/अवगत/प्रा**

**Poe of post-op
2184-Honnamma**

OCCUPATION : **Home Maker**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : **व्याप्त/अवगत/प्रा**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आप आय कर दाता हैं (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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (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 लाने की उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
①	Diagnosis PE- P.O.D LE- Outrest
②	Surgery LE- Outrest + P.O.D

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लाने की सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण में मिलने वाले सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता तो इससे मेरा प्रकरण निरस्त हो या रद्द हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कहीं भी, उस राशि का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" दवायु नामों, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति परीक्षण के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे ज्ञात। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" दवायु नामों के लिये अंशिक और सहायकारी होगा।

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 Authorized 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 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.
- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भरोदारों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान दे स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से उच्च लेटे/पायमेंट में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सकारात्मक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसब किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट बातें ज्ञात हैं कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च लेटे/पायमेंट हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेते/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति को है। यदि न हस्पताल द्वारा ही भी सहायता या किसे लाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें जो इलाज सुझा और जाने जाने को सही निर्णय लेते एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/10/25	Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. नं. IN PRESENCE	Mr. Lakshmi pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A जहाँ व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Red Area)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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