

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3/1085/2186  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Parvathamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LDO Malleshappa  
पिता/पत्न्य का नाम



File of post op  
3186-Parvathamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
T. Nagaraspura (T) Mysore (D) Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
— u —

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)

PAN No. :  
आय का साक्ष्य संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
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	Malleshappa	69	M	Husband

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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 विच्छेद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Triglyceris RF - Outpatient LF - Outpatient
2	Surgery RF - Outpatient + PCTAL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से साहसपूर्वक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह व्यय नहीं किया है, उसे प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता)**

- 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/post-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 उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, वाचनात्मक पुस्तकें उद्देश्य में मुझे लायसेन्स और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात की घोषणा को बदलने या बताने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का बदला नहीं बतलाए। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद उद्देश्य के लिये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)**

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 सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सहायता नहीं करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं माँगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हम सहायता किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम पुष्टि करेंगे कि सहायता वित्तीय प्रकार से सहायता हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले लेंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी रूप से हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

*(Handwritten signature)*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/10/25</p>	<p><i>(Handwritten signature)</i> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Mr. Lakshmiopathi N Manager, Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Institute on behalf of Hospital (A unit of Koshika Foundation Trusts.) 8-16/11, Thimmeswar Road, New Market, Bed Area अनुरोध प्रकरण हेतु</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>(Handwritten signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>(Handwritten signature)</i></p>
---	---