

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1085/8195
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mahadev
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 61
उम्र-वर्ष

SEX : M
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shri Ramakrishna
पिता/पत्नी का नाम



Prep part of 8195-Mahadev

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Haugrapura, Kishugavali (H) Dujalur.

B.G. pura (H) Malavalli (H) Mandya (H)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वयं आवासीय नहीं

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 15000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्वयं खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	Deviamma	58	F	Wife

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनक आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 किने गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: RF - Outpat LE - Outpat
2	Surgery: LE - Outpat + P.U.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1		

DECLARATION by APPLICANT: आरंभक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसब अवास्तव पाया जाता है तो मेरी आरंभक निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं आरंभक हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मिलेगी और मैं इसे भी नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आरंभक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
 - 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 (आरंभक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एन.पी.ओ., पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इलेक्ट्रॉनिक और अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इलाज के खर्च या मेरे चिकित्सा के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नगदी अधिकृत है।
- 2) मैं (आरंभक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आरंभक के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे उचित आरंभक का हकदार नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" एन.पी.ओ. न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आरंभक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

- 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.
- 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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समझौते/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उचित रोगी/रोगी के उद्देश्य से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन उचित के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु समर्थन नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश अर्थात् उचित रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन को नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद आरंभक को प्राप्त होगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। इस प्रश्न में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु समर्थन नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश अर्थात् उचित रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन को नहीं ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17/10/25</p>	 <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.</p>	 <p>Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Address of Authorised Signatory) Institute for Specialized Health Care (A Unit of Shree Chaitanya Charitable Trust, India) 6/1834, THIRUMANGALAM ROAD, MILLER TANK BASTI, CHENNAI - 600 046</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2</p>
	