

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1085/2222**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **24/10/25**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Ravi M.N**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **44**

SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम **S/O Narasimha Shetty**



Pr. of post op
2222 - Ravi M.N.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
H.No. 361, Egata Keni, Malurkote - (W)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Pandurapura, Nandya 10, Karnataka

OCCUPATION : व्यवसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **17000**

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 से संबंध

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का पत्र (आय का पत्र की प्रमाण प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का पत्र (आय का पत्र की प्रमाण प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का पत्र की प्रमाण प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्यूमेंट सूची संलग्न
①	Diagnosis RF - Patient LG - Patient
②	Surgery RF - Patient + PCDL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

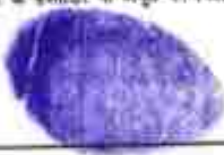
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञान यात्रा जगह है तो मेरी सहमति विरक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", में जो कि सही है, उसके उपयोग: इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, इस प्रति का अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में नहीं।

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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आजीवनियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सहायता/या दूरदर्शन से नुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव सहायता में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न 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" एम्प्लॉयी उसके आजीवनियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमोद/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकर में मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मरना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष मर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गैर सहायता संस्था वित्तीय सहायता को है: रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>28/10/24</p>	<p>Dr. P. R. ... B.K. M.B.B.S. F.OO, F.P.O.S. Specialist: ... and Pediatric</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इससे संबंधित नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे व-ए हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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