

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1085/2845

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 28/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Belarendran

AGE-YEARS आयु-वर्ष 80 SEX लिंग m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम S/O Madalao muttu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
H.No 23, 6th Cross, Venkateshpuram, Anahit College, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



Pre op post op 2845 - Belarendran

OCCUPATION : व्यवसाय Home - Bangalore

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्पष्ट खाता 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 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरण अथवा

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यटैबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कौन वित्तों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
1	Diagnostics RE- PCTOL UR- Cotinellit
2	Surgery LE- Cotinellit + PCTOL

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 सी 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या इन्डेंस की नहीं हूँ, उस राशि का प्रतिफल या वापस किया किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न 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 अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, या, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निरस्त होने तक या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है पूर्ण सत्य: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन, इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

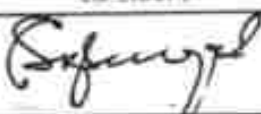
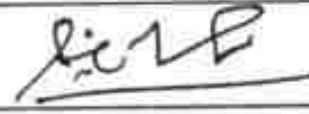
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संभव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रदान हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य भी प्रकार की संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उठाया जायेगा/पाने हेतु किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय इच्छा की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें को इलाज शुरू और करने करने को जारी जिम्मेदारी हमें एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/10/24	 Dr. PREETHI, B.K. M.B.B.S., D.I. FICO FPOS Specialist Consultant in Laser & Podiatric (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) T. कक्षा का नाम व इलाका: इ.स.स. 2	 Mr. LAKSHMI PATHIN Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु


SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	--