

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	Bl0425 / 0176	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 10/4/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : M. Shobha	AGE-YEARS वय-वर्ष : 60	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/D T.S. Malli Karijanaias पिता/कर्तव्य का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पाल Tiptur Town (CD) Tiptur (CT) Tumkur (CD) Karnataka.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वयस्त आवासीय पाल → → →			
OCCUPATION: व्यवसाय : House Maker	MARRIED (जिवाजित) / UNMARRIED (अजिवाजित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आप का मालिय संलग्न)		
PAN No. स्थाई चयन संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जर्य कर रहे हैं (जो ग्रन्त हो उस पर सही का विशेष लक्षण)			
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 विनाशी व्यवहार			
BPL Card (Attach Card Copy) मणिकोटी ट्रिका के नीचे प्रमाण पत्र (उम्रान पर की जाए प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल नाम की प्रमाण पत्र (उम्रान पर की जाए प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दृष्टिपोषक कार्ड (उम्रान पर की जाए प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्यायिक/दृष्टिपोषक से जारी की गई प्राइवेट अस्पताल सूची संलग्न		
①	Dengue	PF- PCPCL	CE- Contract
②	Surgery	CE- Contract + PCPCL	
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता विनाशी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लागू गई सहायता राशि	
①	DRGs	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 हूं कि इस प्रकार मे दिये गये सभी विवरण मेरी ज्ञानकारी के अनुसार सच्च एवं सत्त्व हैं। यदि कोई विवरण यह कामना अनुरूप नहीं जाता है तो मेरी महानगर निवास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा ज्ञानका गाँठ "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जागी जाती है, उसका उपर्योग उम्मी उद्देश्य की तृतीय विवरण के लिये विवरण नहीं है, जो इस प्रकार मेरा भरा जाता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस महानगर हेतु यह प्रधान की गई है, उम्मी जागी जानकारी का उपर्योग यह कामनी से न हो जिया है और न ही खाली मेरी जीवन।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र जा अन्ने हस्ताक्षर या अंगठी की जाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी महानगरी की पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत जाता हूं कि मेरा जाप, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दिये गए हैं, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, दान, वाचनादाता द्वारा उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार यात्राम से अनुमति दिये जायेंगे। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इसके के बाहर से बाहर मेरे कानों के लिये उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस जाप से महानगर हूं कि मेरा जाप, फोटो और विवरण जो कि महानगर के उद्देश्य से दिये गए हैं युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक द्वारा ज्ञानका गाँठ का निशान।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारा अधिकृत, उपलब्धियों की ओर से मानसिक ज्ञानका गाँठ का विवरण ज्ञानका गाँठ विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से अन्य या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही जारीन और न ही खाली में विविध महानगर किसी भी सरकारी संस्थान या विद्यालय से उसके एंगेजी/यात्राएं में सेवा का से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विप्राधिकारियों द्वारा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्राया विनियत अधिकारी/यात्रा से युक्ती गतिविधि द्वारा जाती है तो अन्नमाला विनियत अधिकारी और सरकारी संस्थान या विद्यालय से महानगर लेने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पुष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्नमाला द्वितीय यात्रा उपर्योग के बाहर से युक्ती गतिविधि द्वारा जाती है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" में से ही गई महानगर के बीच विविध प्रकृति की है। ये पर अन्नमाला द्वारा दो वर्ष तक या जिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोके एवं अन्नमाला ने बोल का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार ज्ञानी उपर्योग नहीं है। इसलिये अन्नमाला में सेवा के इतना सुखा और अन्ने जाने के लिये ज्ञानका गाँठ एवं अन्नमाला की होनी और "कोशिका" की ओर पुष्टिका या विवरण की इस मानसिक में नहीं होती।

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name/Designation of the Authorized Signatory)

Vasantha Nagar, Bangalore - 52

On behalf of Hospital

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

ज्ञानका गाँठ के लिये संस्थानी

Dr. M. PAVITHRA MBBS,

MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital

(A unit of Endocrinology & Diabetology Trust)

इतने के नाम व इसका दर्जा, न.

Vasantha Nagar, Bangalore - 52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्ञानका गाँठ

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्ञानका गाँठ