

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0825/1483

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/8/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

W/o Ramegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dawayakanapra, Tadaya CO

Tumkur CO Tumkur CO

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई राजस्व 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 लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
①	Rakshita	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Dyspepsia RE- Gastro LE- Gastro
②	Emphysema RE- Cort + PCP LE- Cort + PCP

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सौ गई सहायता राशी
①	DBCS	20000

Pre op post op
1483-Mayamma

DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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.

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक को 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 Kashiwa 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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका कार्यान्वयन", से लो जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का अंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

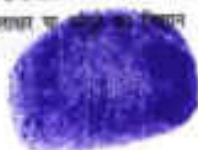
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जेम्स को हस्ताक्षर करके, मैं (अवेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, एवं वाक्यांश दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रचारियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलोचना के समक्ष प्र. १००



AGREEMENT by HOSPITAL (WASHDC 2711 0000)

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 Financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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.

हमारा ज्योतिष, हमराधारी की ओर से सम्मले/एरी को "कोशिका फाटनेवाला" से विधिवे सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसबाल) विनम्र प्रार्थना से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही खनिज में विविध सहायता किसी नैसर्गिक संसाधन या किसी अन्य खनिज से उच्च टोपी/माला में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के संसाधन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत आर्थिक/समर्थन हेतु समुद्र गहरी किया जाता है तो असमर्थन किसी अन्य नैसर्गिक संसाधन या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थन द्वितीय प्रदत्त उच्च टोपी/माला हेतु किसी नैसर्गिक संसाधन या किसी अन्य संसाधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विनिर्देश प्रकृति की है। टोपी या इस्पात द्वारा ही यह सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव टोपी एवं इस्पात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पात में टोपी के इस्तेमाल सुरक्षा और जाने जाने की सटीक जिम्मेदारी टोपी एवं इस्पात की टोपी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीकृतो अं लिप्य संस्कृति

Mr I AKSUMIRATUN

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE MODERNITY

(A unit of Standard 11: **मानक 11 की इकाई**)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्याही कालांतरात

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी वस्तुता २