

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 13/0925/1995

APPLICATION DATE: 26/9/25

NAME of APPLICANT: Tharguswamy

AGE-YEARS: 70

SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Kaverigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Chagatahalla

Mandya

Maddur

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: [Blank]

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No.: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):

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 से संबंध
1.	Patta Tharguswamy	68	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवृत्ति के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवृत्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आप कोई आधार
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित कारण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी प्रतिलिपि संलग्न
1.	Diagnosis: RE - KIDNEY LE - Cancer
2.	Surgery: LE Cat + KIDNEY

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में ध्यात हैं।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई मदद, उस उद्देश्य के अतिरिक्त या उसके विरुद्ध किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन से दूरदर्शन और पत्रिकाओं के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इस का विवरण मेरे प्रपत्र में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत हैं।
- (2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, पुष्टि, सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये गए निर्णयों का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टीकरण 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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/लेखी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में नाम से स्वीकार करते हैं।
- (1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करीगएंगे न ही न ही ले लेंगे, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/लेखी तक के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता से प्राप्त नहीं किया जाय तो हमें सहायता, किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इच्छित करार तक करीगएंगे हेतु किसी के सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं करीगएंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोषा निमित्त प्रदत्त की है। लेखी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को लेखी या हस्ताक्षर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इच्छित सहायता में लेखी के हस्ताक्षर द्वारा और लेखी को जो भी सिफारिश लेखी एवं हस्ताक्षर को लेखी और "कोशिका" को कोई भुविता या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shree Koshika Foundation Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

26/9/25

Dr. PREETHI B.N.
www.doctorpreethi.com

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

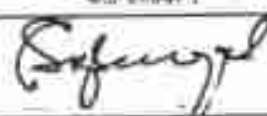
डाक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

