

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1025/2031

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Alamelamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

M/o Wallegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bidare, Kembaru, Channarayana Peth

Hassan (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Pre op post op
2031-Alamelamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home helper

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

आप आय करदाता हैं (जो खाने हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1	Basavarajulu	75	M	Husband
2	Uma	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्ने किसी आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis Rx - Anticancer Lx - Anticancer
2	Surgery Rx - Ant + Prol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता धरती
1	DRUGS	8000

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्वा भेसक भवः)

- 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 यहाँ कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता या गलत साबित होता है तो मेरी सहायता रद्द हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए या इसके पूरक के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भुगतान लेऊँगा और न ही भुगतान ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्वा 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/print-up/produce 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत कर दूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताये गये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित कर सकते हैं और वे मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं और वे मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं और वे मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत कर दूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्वा 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.
- हम यहाँ कह रहे हैं कि हम (हस्पताल) यहाँ सहमत हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वही सहायता मिलेगी जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मिलनी चाहिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेनी होगी।
- 1) मैं यहाँ यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि हम (हस्पताल) यहाँ सहमत हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वही सहायता मिलेगी जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मिलनी चाहिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हस्पताल द्वारा ही होना चाहिए और इसका निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और सही तरीके से होना चाहिए और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या भुगतान इस मामले में नहीं होना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(A unit of Shree Koshika Foundation)

Authorised Signatory on behalf of Hospital

Vasanthanagar, Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/10/25

Dr. PREETHI B.K.

M.B.B.S., D.O., F.R.C.S., F.P.S.C.

Specialist in General and Paediatric

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

हस्ताक्षर का नाम व इलाका नं. और नं. 1000

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2