

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/1025/2042		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 9/10/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Meenakshamma		AGE-YEARS वयस-वर्ष	SEX लिंग
				55	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम		N/O Shan Karanayappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
Rangapara (D) Teptur (C) Tumkur (D)					
Korwarthi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Home Maicer					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : आवेदक का पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध	
①	Shan Karanayappa	63	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ति आधार					
BPL Card (Attach Card / Copy) गरीबी रखा के साथ 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)		Aadhar Card (Attach Copy) व्यक्तिगत 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	Diagnosis DR - Gout				
	Treatment LS - Gout				
②	Surgery LE - Gout + PCDL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 कितनी सहायता मिली	
①	BPL			1000	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, जहाँ "कोशिका" द्वारा मेरी, मेरा पता/मेरा चित्र इत्यादि से किसी भी माध्यम से धन募集 (fundraising) के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग में लाया जा सकता है। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रत्येक व्यक्ति का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

**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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे यहाँ और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय स्वरूप की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज हमारे यहाँ के चिकित्सक/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे यहाँ के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इससे हमारे यहाँ के रोगी के इलाज सुरक्षित और उनके जीवन को बचाने के लिये हमारे यहाँ के चिकित्सक/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे यहाँ के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DR. PREETHI D. S.
MBBS, DGO, FRCOG
Specialist in Obstetrics & Gynaecology

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/10/24	Op. Nology TMMC Reg. No. 85866 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Mr. Lakshmi Pathi N Manager, Out-patient (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A UNIT OF SINGHANVI HOSPITALS & CLINICS, PVT. LTD.) # 14/M, The Great Wall Road, Kirti Nagar, New Delhi-110015
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2