

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1025/2044

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayalakshmana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

W/o Mallanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rev. S. D. Deshpande Road, Ganganagatta (C)

Nauvankere (H) Tiptur (D) Tumkur (C)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Pre op post op
2004 Jayalakshmana

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संचित

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

यदि आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 संबंध
1	Mallanna	60	M	Husband
2	Bhavanthi	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया 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 अवस्थापना/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- PCOL
2	Surgery (L- Gut + PCOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया को?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	Waste	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक सत्य अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायक निराश हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, अब गति का अधिकार या सहायक किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है 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 its Trustees to use/publish/post-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर आवेदन प्रस्तुत करने वाले की जानकारी के अनुसार, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, पत्र, पत्रिका/या दूसरे स्तर पर से मुझे नतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे द्वारा के पत्रों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सत्य, सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान

**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 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 अधिष्ठाता, हस्पताल की ओर से नामित/होती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साकार/संभव या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/प्राप्त करने में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरित अधिकृत/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और साकार/संभव या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उपाय सौंप/प्राप्त हेतु किसी भी साकार/संभव या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी हुई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. PREETHI B. K.

M.B.B.S. D.O. F.M.S.

Specialist in Ophthalmology

Op. No. 100/100

TNMC Reg. No. 83866

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

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmiipathi N

Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institution for Donations & Eye Care
(A unit of Shrinidhi Eye Care Trust.)
16/M, Thimmathan Road, Madurai, Tamil Nadu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्ताक्षर 2