

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1025/2047

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Anusuyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

P/O Manjunath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता

Shantinagar, Halepalya CO- Tiptur CO

Tumkur CO Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

He op post op
2047 - Anusuyamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maids

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

यदि आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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 आय सम्बंध
①	Santhosh. M	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परीची रेखा 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) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE - Catract LE - Catract
②	Surgery RE - Cat + PCKOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की है:

- 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.

(I/We) hereby confirm that the above statement is true to the best of my/our knowledge and belief.

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की है:
- 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.
- (I/We) hereby confirm that the above statement is true to the best of my/our knowledge and belief.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी साक्ष्य पत्रों को खारिज कर दिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहकृता प्रस्तावक)

- 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/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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज में घोषित है, उसे "कोशिका" दायम् न्यासीयों, या, याचक/याचिका द्वारा अर्धक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को होने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये दस्तावेज का प्रकाशन मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि दस्तावेज को अर्धक से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दायम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकांश में प्रयुक्त अक्षरों का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें कृपया)

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.

in the matter.

- इसमें अधिकतर, हमेशा की ओर से सामल/लोग को "कोलिका काउन्सेलर" से विविध सहायता हेतु विचारों को जताते हैं, जैसे हम (हमेशा) अपने प्रश्नों को उनके पास से पूछते हैं। जैसे कि हमने "कोलिका काउन्सेलर" को यह कि न तो लड़कियाँ और न ही अधिक से विविध सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च लेगी/सामल से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका काउन्सेलर" से विचार/विचारों उच्च के सम्बन्ध में "कोलिका काउन्सेलर" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोलिका काउन्सेलर" द्वारा सहायता किसी अधिकार/कारण हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सामान्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः विविध मगर उच्च लेगी/सामल हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगी/लेंगी।
2. "कोलिका काउन्सेलर" में से यह सहायता अन्ततः विविध प्रकृति को है। लेने या हमेशा द्वारा ही यह सहायता या बिना मने उपचार/चिकित्सा का सुचारु लेगी एवं हमेशा के बीच का विषय है और "कोलिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए हमेशा में लेने की शक्ति सुरक्षित और ज्ञान करने की जगह किन्हे/लेने लेगी एवं हमेशा की लेगी और "कोलिका" को कोई सुरक्षा या किन्हे/लेने इस सामल से नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

स्वीकृती या लिपि संस्कृति

अभिप्रेतन की शक्ति

अभिप्रेतन की शक्ति

9/10/24

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

हमारे का समय व हमारे व रोज़ व

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shri Chhatra Lyaadha, Mysore)
M. Thirumala Rao, Manager, Lyaadha, Mysore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपलब्धता हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इस्तिलाक ३