

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/1025/2056

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Basavaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Nanjundappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No - 183, Valagehalli, Basavan Hobli,
Hassan District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

pre op post op
2056 Basavaraju

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य 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	Hemavathi	53	F	wife
②	Sumit B.V.	28	M	son
③	Supriya B	25	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस सीएससी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PCICL

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 कौी गई सहायता राशी

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया है तो मेरी सहायता सिस्टम की वांछनी है।

2) मेरी इच्छा है कि सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदख्त) अपनी सहमति को गुरुते करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, सम्पर्क तथा दूसरे उद्देश्य से चुड़ी वीडियो/चित्रों और प्रकाशितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विषय मेरे इनाम के पुरस्कार या कार्य में करार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शदख्त) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि महासभा को उद्देश्यों से घोषित है गुरुते करता हूँ। महासभा का हस्ताक्षर नहीं करता। इस कार्य में "कोशिका" द्वारा नामों अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आवेदन के सम्बन्ध में संशुद्धी का विचार



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.

हमारे अधिकृत, हमेशा की ओर से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिखी उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हम/हमारे किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम सुनिश्चित रखते हैं कि हम/हमारे द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसविषय हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने अपने की ज़रूरत किन्हीं/रोगी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या किन्हीं/रोगी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	M.B.B.S. DO, F.I.C.C. (General Surgery) Specialist in General and Pediatric Urology T.M.C Reg. No. 85888 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Diseases of HIV/AIDS (A unit of Sarvodaya East Care Trust.) # 16/A, Thiruvalluvar Road, Miller Park Badli Area
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्द्रधर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्द्रधर 2
		