

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/1025/2080**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **10/10/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Bomnagowda**

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **63**

SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **S/o Nagappa**



Pre op post op
2080-Bomnagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **H.No.6 Halewaballi, Hounavalli, Tiptur-01**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **11-11-11**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **10000** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: **11-11-11**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
①	Bramila	47	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अलग

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis: DE-Pain LE- Outpatient
②	Surgery: LE-GD + PCDL

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

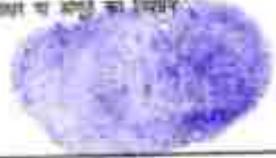
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से भी या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी, किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही किया जा सकेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, पत्र/पत्रिका/दूरभाष उद्देश्य से टुट्टी गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है, मुझे सहायता प्राप्त या हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न:



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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में सक्षम या न हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने हेतु किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या विधि गैर-उपचार/विधि का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी को सहायता प्राप्त और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/10/25	 Dr. PREETHI B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और नं.	 Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Senior Manager OUTREACH & DONATIONS DIABETES & EYE CARE HOSPITAL
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिये केवल)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1	Vasanth DONOR of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2
