

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3/1035/2090  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11-10-25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mohammed Azgar  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60  
SEX लिंग : m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : 3/0 N.O. Ehouse.  
पिता/पत्नी का नाम



Pre op post op  
2090-Mohammed  
Azgar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
H.No. 60/B telegraph street, Venkateshapura

Arabic College, Hamalose, Kalyandurga.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie.  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 15000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 संबंध

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित दवाही संलग्न
1	Dignoxia RE - PUCOL IE - Courest
2	Surgery IE - 100 + PUCOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिखा गया हो?

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

**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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहाय्य हेतु यह उद्देश्य नहीं है, उस तौर पर आर्थिक या सहाय्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये 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 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 donors 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 (आवेदक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" एम. एन. ए. आर. माध्यम/या द्वारा इंटरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि वे मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से दिये हैं, उसे सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम. एन. ए. आर. न्यायोप और सहाय्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हमारा ही और से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य 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 सहाय्य किसी भी सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित इस संसाधन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य किये जायेगा/सहाय्य हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहाय्य संगठन या किसी अन्य सन्साधन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहाय्य हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिये या सहाय्य संगठन से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेते हैं सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने चले की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/10/25</p>	<p>Dr. PREETHI. B.K. M.B.B.S. D.O. F.I.C.S. F.I.O.S. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, पता, हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Senior Manager OUTREACH BANGALORE आवेदक को सहाय्य अधिकारी</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p>	
		