

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : **B/1025/2092**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि **11/10/20**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम **Padma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **71** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रक का नाम **W/O Devi Gowda**



Pre op part op
 2092 - Padma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Kandamatti, Huleyurmandurga - (H)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
Kandamatti, Huleyurmandurga - (H)

OCCUPATION: व्यवसाय **Home maker**

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

PAN No. स्पष्ट किया संख्या

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (T/A whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का विकल्प लें)

Yes / No
 हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Devi Gowda	71	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy)
 गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)
 अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)
 इतरपोशाक कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof
 अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लगे विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis DE - Cat CE - Cat
2	Surgery CE - Cat + P.C.S.O.C

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के लिये

DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक ह्यु घोसण पय:

- 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 घोसण करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोसण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पत्र किया है।
- 3) मैं घोसण करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही घोसण करूँगा।

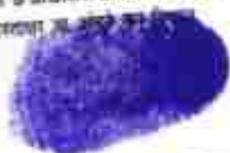
AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक ह्यु घोसण)

- 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 में मैंने इसका पत्र भरने की छाप लगायी है, (अर्सेक) अर्सेक घोसण की घोसण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोसण कर सकते हैं, "कोशिका" द्वारा, यथासंभव मुझे उपर्युक्त से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पत्रों के साथ मेरे कले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्सेक से प्रेषित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर ह्यु घोसण)

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.

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोसण में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद लेनी है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोसण में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद लेनी है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिले, केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार के लिए कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं है। इसलिए हमारा रोगी के इलाज के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद लेनी है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अर्सेक की तारीख</p> <p>11/10/25</p>	<p>Dr. PRBETHI, B.K. MBBS, D.O. FRCO, FRCO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉ. प्रबेथी, बी.के. एम.बी.बी.एस., डी.ओ., एफ.सी.ओ., एफ.सी.ओ.</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>श्री लक्ष्मिपथी, एन. (नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी के लिये)</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		<p>Vasudeva SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p>Dr. Praveen</p>		<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p>Dr. Praveen</p>