

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/1025/3096  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11-10-25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : chikathimanna  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 74  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hb0 Varadhas  
पिता/कटुण्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : चिकठाहोसापुर (CR) Holaguri Talpna  
Maddur (R) Mandya (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान



OCCUPATION : Home maker  
व्यवसाय

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):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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 से संबंध

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता 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 किसे गये विनीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुची संलग्न
①	Dignosis RE - Attached LF - Attached
②	Surgery RE - Att + HCDOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया पत्र हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किये गये सहायता हेतु या उद्देश्य की भाँति है, उस राशि का आर्थिक या सफल विस्थापन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न हो भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, साक्षात्/या दूर से उद्देश्य से दुरी तकनीकों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे उद्देश्य को पूरने या कार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से लिये अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है दुरी तक, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्देश अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से 'कोशिका फाउन्डेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) किये प्रकरण में सच्य व भविष्यत करने हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत/सफल हेतु समुदाय को बिना जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की गारंटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

**Dr. PREETI, B.K.**  
M.B.B.S., D.O., FIGO, JPOS  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ च. सं.

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
OUTREACH  
on behalf of Hospital  
Diabetes & Eye Hospital

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

**Signature of Trustee-1**  
**Signature of Trustee-2**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE-2  
नामों हस्ताक्षर 2