

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1025/2159

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/10/25

NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम Kempegowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम S/o Subbegowda



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Subbeghatta (W) Turuvekere (T)

Tumkur (C) Kooluataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 20,000

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

PAN No. स्थाई खाते संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस का खाती का निवाह लगावे)

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	<u>Susheekamma</u>	<u>48</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
②	<u>Dheena Kempegowda</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुखी संलग्न
①	<u>Diagnosis</u> <u>DF - Gutrot</u> <u>LF - Gutrot</u>
②	<u>Surgery</u> <u>RF - Gutrot + PCDL</u>

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिहा गया हो?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस सहायता का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, रात, वाक्यांशक द्वारा इंटरनेट से मुद्रित विज्ञापितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग करके किया जा सकता है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रस्ताव के पत्रों या पत्रों में कल्पों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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 any other 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/दोनों 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त करने सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मांग प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के हितों सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lakshmi*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/10/25</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सहित</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Institute for Diabetes (A unit of Shree Koshika Foundation Trust.) # 16/A, Thiruvananthapuram, Kerala</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अनारंभिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---