

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1025/2162

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/10/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Manjamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कथुन का नाम N/O Mariyappa



Pre op post op  
2162-Manjamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Biganenaballi, Anenallehaballi,

Tumakuru (T) Tumkur (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. आय का स्रोत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमझ/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diphtheria RE- Certificate LE- Certificate
②	Swagemy RE- list + PCD

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ से सहायता मिली
①		

**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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, 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 मेरे विवरण इस दस्तावेज में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दवा, उपकरण, दवा, उपकरण, दवा, उपकरण से जुड़ी पंजीकरणों और उपकरणों के विवरणों को प्रसारित करने के लिए। इसका उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त हो सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग में लाने से पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त हो सकती है। इस दस्तावेज पर हस्ताक्षर करके मैं स्वीकार करता हूँ कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग में लाने से पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त हो सकती है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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

- 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) This 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, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "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 सहायता के प्रकार या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या किसी अन्य उद्देश्य/क्रिया का चुनाव हमारे ही है। हस्पताल को बीमारी का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार का चुनाव और करने करने की पूरी जिम्मेदारी हमारे ही है। हस्पताल को बीमारी और "कोशिका" को कोई भी सहायता प्रदान करने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

*Lakshmi*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
15/10/25

Dr. P. P. B. K.  
M.D. (Surgical)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम और संख्या के साथ चिह्न

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
Institute for Disabled & Deaf (A Unit of Shree Lal Bahadur Shastri Trust.)  
# 18/M, Thiruvananthapuram, Kerala

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1  
*S. S. S.*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2  
*S. S. S.*