

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building blocks of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		13/10/25 / 2290		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		29/10/25		
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम			Nagarathna		AGE-YEARS अनु-वर्ष		75	
					SEX लिंग		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुधर को नाम								
Gangadhamappa								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता								
Chandali, Anantpur, Hassan Karnataka								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता								
//								
OCCUPATION : व्यवसाय						Homemaker		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय						—		
						(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. सवाई खाता संख्या								
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य 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 से संबंध				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ✓ अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) ✓ वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof ✓ अन्य कोई साक्ष्य		
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नों का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1-	Diagnosis			LE - Cataract LE - Cataract				
2-	Surgery			LE - Cat + P.IOL				
ASSISTANCE BEING AVAIED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIED सी गई सहायता राशि			

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

- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (जोड़ने की बात)**

- “कोशिका” एकमात्र इकाई का निर्माण और सम्पत्ति होगा।

आवेदक को इसका या कोई भी निवास



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इन्हीं अधिकृत, इस्लामी की ओर से मायलेहरी की "कोशिका चन्द्रशेखर" से विविध प्रकार के हेतु विकसित की गयी है, जिसे हम (इस्लामी) विभिन्न प्रकार से मध्य में स्थित करने हैं।

- [illegible]

2. "बॉसिका काउन्सिल" से ही गई सहायता अंशतः विधिक प्रकृति की है। ऐसी या इन्सालत द्वारा दी गई सहायता या कितने गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सौंगी एवं इन्सालत में सौंग का विषय है और "बॉसिका काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इन्सालत में ऐसी को इलाज मुफ्त और आगे जाने को सारी जिम्मेदारी सौंगी एवं इन्सालत को होगी और "बॉसिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती चे लिप संस्तुति

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S. DO, FIGO, FPOS
Specialist Gynaecological and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपपान हन् - www.danyalre-62

नामो हस्ताक्षर ।

ज्यासी इजाजत :