

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1085/2301

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 30/10/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Rajjagowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष 75 SEX लिंग m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम S/o Kenchegowda



Per op post op
2301- Rajjagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Gopasandra, Tungaru, Basakapura CT
Ramamajara Bangalore South 10

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय Un Employee

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य अटाने)

AJN No. यहाँ खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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
①	Jayamma	65	F	Wife
②	Ravi	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित अवसर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति अटाने करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति अटाने करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उति अटाने करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं/पुष्टि अटाने
①	Dialysis RE - Intensive LE - Intensive
②	Surgery LE - Intensive + P.W.O.

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

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

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.

- DECLARATION by APPLICANT: मैं/मैंने निम्नलिखित घोषणा करता/करती हूँ:
- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में दी गई है, उसे "कोशिका" एकाग्र न्यायी, दान, सहायता/दुरुपयोग से मुक्ति गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपरान्त से प्रसारित है मुझे नहीं; सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकाग्र दानके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अमेरिका में इलाहाबाद का जंगल आ विमान



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.

हस्ताक्षर करके, हमारा यहाँ प्रमाणित करने वाला अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता, जो इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा है, निम्न बातें (हस्ताक्षर) करके स्वीकार करता है।

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त हो सकेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त स्रोत से प्राप्त नहीं की जा सकती है, तो हमारा अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अगला स्वीकार करने वाला हमारा संपूर्ण और पूर्ण उत्तरदायित्व होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे चयन/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा चयन का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ प्रमाणित करने वाला हस्ताक्षरकर्ता रोगी एवं हमारा चयन और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30/10/23

DR. PREETHI B.K.
MBBS, DGO, FPOS
Specialist Obstetric and Paediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का साथ ही Hospital का स्टाम्प

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

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

सर्वप्रथम डॉ. प्रमोद कुमार शर्मा
आचार्य, आर्य समाज, दिल्ली

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी इत्यादि 2

Exchanged

2022