

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : B/1085/2303

APPLICATION DATE : 30/10/25

NAME of APPLICANT : Ramachandra

AGE-YEARS : 60

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shri Ajegonda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : #Agarhara, Tungur, Kannur, Karnataka

Bengaluru North, Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : #Agarhara, Tungur, Kannur, Karnataka

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000

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

AN No. : 2303-Ramachandra

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Chithambayamma	45	F	Wife
2	Hardeep V.R.	31	M	Son
3	Prathap V.R.	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया दवाई संलग्न
1	Diagnosis: RF- PCOL Le- Contrect
2	Surgery: Le- Contrect + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

Re op post op
2303-Ramachandra

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 कतल हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण से निभे किया जाना, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ कतल हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से प्राप्त है और न ही भविष्य में ली जाए।

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/pull-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.

25 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 अनेक इलाहाबाद आयोगों की छान लगाने, मैं (ज्योतिबा) अपनी गहरी नीति कायम रखे हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्वासीयों" की अभिवृत्त करता हूँ कि वे यह नाम, पता, कोटी और जो विभाग इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" एवम् ज्वासी, एन, चक्रवर्ती नामों द्वारा उद्देश्य से बुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से सम्बन्धित करने में सिल अभिवृत्त है। जो प्रश्न का विभाग में उद्देश्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्वासी अभिवृत्त है।

2) मैं (अंतरिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा पाप, भला, मोटा और विषमाला जो कि महात्म्य के उद्देश्यों में शामिल है उसे पता; महात्म्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोटिका" तथा उसकी व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

अधोपपन्नं च इत्युक्त्या एव शब्दोक्तं वा निगमनं



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, इसकाही की ओर से समर्थन/रंगी की "कॉलेजियल फाउन्डेशन" से मिलित सहयता हेतु नियमित की जाती है, जिसे हम (इसकाही) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश में विहित महापौर किसी नौ सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत संस्था से उच्च रेटों/प्रभावों में जंगे या ले लेंगे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" से सिविलीय/विहित उच्च या सम्मान में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा महापौर विनित अधिक/प्रभाव हेतु मरने गयी किया जाता है तो अन्यायन किसी अन्य नौ सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्मानन से महापौर लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुंध में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यायन विहित मरने उच्च रेटों/प्रभावों हेतु किसी नौ सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका चन्द्रशेखर" में तो यह सत्यता केवल शिथिल प्रकृति की है; तभी यह सम्भवता द्वारा ही यह सत्यता या किने भरी उपकार/प्रतिष्ठा का पुनर्वास होनी पूर्व सम्भवता को बीच का विषय है और "कोशिका चन्द्रशेखर" द्वारा किनी प्रकाश का कोई दायता नहीं है। इसलिये सम्भवता में तभी अ सम्भवता प्रकाश और जाने जाने की तारी विन्देदारी तभी पूर्व सम्भवता को होनी और "कोशिका" को कोई प्रकाश या विन्देदारी इस दायता में नहीं होगी।

स्थोक्ताः च लिप् संस्तुति

संयोजन की शक्ति

ST. KATHARINE, B.R.
MAY 20, 1900

(Name of Dr. & Rego. No. with Sta

FOR INTERNAL USE - 4X

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

मात्र १०० रु. के अंदर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जिसी कल्याण ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यायी दशमोऽथ