

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : <u>B/1005/2313</u> आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : <u>30/10/25</u> आवेदन तिथि :		 <u>Pre op Post op</u> <u>2313-Sabgir Gowda</u>	
NAME of APPLICANT : <u>Sabgir Gowda</u> आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : <u>72</u>	SEX लिंग : <u>M</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>S/O E. Gowda</u> पिता/कन्या का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <u>Vardolaboli, H. Kothanur, Kuvakapra</u> <u>Ramanagara CD, Kuvakapra</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता <u>-----</u>					
OCCUPATION : <u>Un Employee</u> व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>-----</u> कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. <u>-----</u> सही खात संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):					
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	<u>Nagamma</u>	<u>65</u>	<u>F</u>	<u>wife</u>	
②	<u>E. Gowda</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>son</u>	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	<u>Dialysis</u> <u>KE - Patient</u> <u>LE - Patient</u>				
②	<u>Surgery</u> <u>LE - Patient + PCTOL</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशि		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, उस राशि का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दम्प, नवीनी, दम्, साक्षात्कार द्वाारा इंटरव्यू के माध्यम से या अन्य किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है उसे सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उसके नवीनीयता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

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

- 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.
- हमने अधिस्तुत, हमसहारी की ओर से समर्थन/सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार किया है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अंशिक/संपूर्ण हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हमसहारी किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30/10/24

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S. D.O., FICO, FPOS
Specialist Consultant and Radiologist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर नाम व हस्ताक्षर के साथ छाप

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2