

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1025/2345

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

3/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gowamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हनुम का नाम

Radave Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Innavaripura, Halaravalli Taluk

Karmalake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same Address



pre op post op
2345 Gowamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

flame maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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)

Tax No.

हॉ / 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 सम्बंध
1)	Radave Gowda	78	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ती आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेंका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किन्ने गये किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि संलग्न
1)	Diagnosis Rt Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + Pterygium

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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.
- 1) मैं योथक करता हूँ कि इस प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो उसे आधारक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से आशय रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही मुझे के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद अन्यत्र से कोई भी मदद, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/post-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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपने सहमतियों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन में दूरदर्शन प्रसारण और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रयोग करने के लिए अधिकृत हैं। जो प्रकरण का विवरण जो इसका उद्देश्य या मदद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगा जा रहा है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके अधिकारियों या निर्णय लेता और सहायता को प्रदान करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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 अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से 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 किसी भी प्रकार से सहायता किसी भी सहायता से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना करने के अलावा न ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा सकती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारा निश्चित रूप से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अलावा यह स्पष्ट करता है कि हस्पताल द्वारा सहायता प्रदान करने का सही तरीका है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी का चिकित्सा उपचार के चुनाव से कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की ओर से "कोशिका" को कोई भी प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/04/25	Dr. PREETHI. B.K. MBBS, FDS, FPOS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व सील व TAMIL NADU FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे वरिष्ठ अधिकारी का हस्ताक्षर और सील Koshika Foundation Trust 52
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्द्राणी 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्द्राणी 2 	