

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/3032

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/12/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Koushima

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Halegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kemmamahala village Alpanalli post

Honnakeere Hobli: Nagamangurata Taluk

Mandya District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Kemmamahala



pre op post op
3032 koushima

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आयदाता संख्या

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

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

Yes / No

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 के साथ सम्बन्ध
1	Kempamma	67	F	wife
2	Pamesha	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) अवधिपूर्वक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	surgery LE cataract + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकृत एवं झूठ का दावा किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक बार भी अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, या अन्य किसी भी माध्यम से मुझे सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए प्रसारित किया जायेगा। मेरी सहायता के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से प्रसारित नहीं किया जायेगा। सहायता का हस्ताक्षर नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. स्टाफ को निर्णय लेने और सहायता देने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे द्वारा हस्ताक्षर की गई "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता हेतु प्रचारित की जायेगी, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार होगा, जो कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार होगा।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और नतीजा केवल रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं लगाया जायेगा। इसीलिए हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/1/26

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S. CG FICO FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम व स्टैम्प

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और स्टैम्प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2