

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

810326/4163

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27/03/28

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hombamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

81

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

N/o. Theinmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Antanahali Village Banavur hobali T.

Madduripura Taluk Mysore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



Poor postor
4163 Hombamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी सहायता 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 लगावे)

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 के साथ सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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 प्रतिकेदन सूची संलग्न

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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.

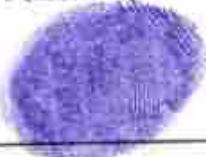
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोलिका फंडरश्वेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग ठीकी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बराबर है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तानियोजकवादी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीए।

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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोदान है, उसे "कोशिका" एकम्प न्यासी, राज, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपनिधियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है प्रामाणिकता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम्प उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अनुसंधान के इस्तेमाल या अंगूठे का चिह्नान



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:

- (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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकांश, हस्तधारी की ओर से मामलों/रोगी की "कोशिका फायनेंस" से निमित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से समर्थन व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न ही संवेधान और न ही अधिनियम में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्मेल से उक्त रोगी/मरने में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के संस्था में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/भक्तन हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उक्त रोगी/मरने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ती गरी संस्थापन केवल विविध प्रकृति की है। रोगी नर हममताल द्वारा ती गरी संताह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हममताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हममताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हममताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

27/08/22

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S, D.O., FIGO, FPOS
Specialist Obstetrics and Gynaecology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व डिप्लोमा का गवाह नं.
T.N.M.C. Regn. No. 10000

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
आर्य समाज के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामसी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

2018