

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0326/4260

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddamne.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

u/o Bettiah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Legachegate Ramnagar, (6)
Kathalake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

PR op-part op
4260-Siddamne

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

आप आप 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 सम्बंध
1	Srinivas	38	m	son

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) 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract 26 pcd
2	Diagnosis RE - Cataract

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 ली गई सहायता राशी

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथार)**

- 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 प्रपत्र पर अपने इच्छाशय या अंगतों को 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 प्रपत्र में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिष्ठित है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिष्ठित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं बल्कि। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आगे बढ़ते हैं तो हमारा ध्यान है कि हमारे पास है



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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मागले/शेरी को "कोरिन्का फाउन्डेशन" से जितनी सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से माग व प्रतिकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वॉयसम और न ही एवियम में वितरण सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त राशि/वायमल में लेग या ले छ है, बस कि इनके वितरण के लिए वॉयसम और एवियम से वित्तपोषित उक्त के संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तपोषित अतिरिक्त/मररर हेतु मररर नहीं किया जात है तो अररररररर किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अररररररर द्वितीय मररर उक्त राशि/वायमल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कांचल विविध प्रकार की है। रोगी पर हमला का निपटारा करने के लिए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला कांचल का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमला कांचल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

स्वीकृती के लिए, संस्तुति

31/3/26

Dr. PREETHI, B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ लिखें

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
DIABETES CARE CENTRE

FOR INTERNAL USE 6 EKOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exempel

list