

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0423/0027		APPLICATION DATE : अवेदन तिथि 5/4/23			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Syed Kaleem		AGE-YEARS आयु-वर्ष 51		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम S/o Syed Basha					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
Kathathi Hebli Jagga Halli post Tagalli mandya Ratnateka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
Same as above		Preop Postop 0027 Syed Kaleem			
OCCUPATION : व्यवसाय Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 20,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
Do you have any other source of income? क्या आप अन्य स्रोत से आय प्राप्त करते हैं? (जो यहाँ दी गई जानकारी से अलग हो)					
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 सम्बन्ध	
1	Syed Abbas	20	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis		RF contract LB contract		
2	Surgery		LB cat + DCPOL		
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 ही गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: जारीकर्ता 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 भोपाल कक्षा में कि इस प्रमाण पत्र देने वाले राष्ट्रीय विद्यार्थी मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विद्यार्थी पूर्ण कथन अवास्तव माने जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उद्योग-जीवित्त की पूर्ति के लिए किया जाना है, जो इस प्रमाण पत्र में मांग गया है।
- 3) मैं यही कक्षा में कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण पत्र जारी है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त विद्यार्थी किसी अन्य कोष/निधियों/व्यापक कम्पनी से पैसे लिए हैं और न ही यथार्थ में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (where applicable)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

21. 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 ओपन को डायलॉग, में (आवेदन) अपनी संस्थान को मुद्रित करना है एवं "कोशिका कार्टेजेशन और उसके ग्राहकों" को अधिभूत करता है कि वेत नए, पक्ष, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में संश्लेष है, उसे "कोशिका" एक ग्राहक, गण, याचनाएँ करने उद्देश्य से मुझे परिचितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रशस्ति करने के लिए अधिभूत है। यदि जल का विभाग में हाथों के पहरे का पार ने करने के लिए "कोशिका कार्टेजेशन" व ग्राहक अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदन) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नए, पक्ष, फोटो और विभाग को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे ज्ञात: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक ग्राहक ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयोगक भी इसकाकार का अंगुली का निशान

ನೈಯತೆ ಇಲ್ಲವೆ

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.

हमने अधिकतर हमरायों की ओर से समर्थन/रोंगी को "संविधान सभासद" से थिये सहायक हो सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (अपवाद) विम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो साक्ष्य और न ही साक्ष्य में विरोध साक्ष्य किन्ती और साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती/साक्ष्य में संग्रहीत न हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिस्टीम/विधि प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/सकल हेतु मजबूत नही किष् जाता है तो सम्बंध किन्ती अन्य और साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य को साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंधित विरोध मरद प्राप्त होती/साक्ष्य हेतु किन्ती और साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से नही संग्रहीत/लेती।

2. "बोशिका काउन्सिल" से तो यह सम्बन्ध बना रहित प्रकृति की है। ऐसी या सम्बन्ध इस से यह जानना कि किने गले उपचार/प्रक्रिया का पुनर्ग ऐसी एवं सम्बन्ध के बीच का विषय है और "बोशिका काउन्सिल" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सम्बन्ध में ऐसी के द्वारा मुद्रा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्बन्ध की होती और "बोशिका" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સ્વચ્છતાનો મોટો લિપ્ત પ્રસન્નતા

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/4/2023

Dr. Laxmi Dorennagar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant

Mr. Lakshminathi N.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shiksha Eye Care Trust.)

KJ08 INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

उत्तराधिकार क्षेत्र - 1, Miller Tank Bed Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्याही इच्छा आहे :

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सुप्रीम कोर्ट २

Sefernyj

John Doe