

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Health, all life.

APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

010823/0826

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

04/08/2023

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Shahidha Begam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/सहोदर का नाम

w/o Mahomed Sadik

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Grandnagar magasandra post Tutukere

Taluk magasandra Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
0826 Sahida Begam

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)

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 संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnoses RE catract LE catract
2	Surgery LE catract + P.C.R.A.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ही 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
1	O.B.C.s	2000/-

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विना की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रक्रिया को मैं नहीं हूँ, उन सति का प्रत्येक या सबको किया जाये अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायीयों, दान, प्रायोजन एवं इत्यादि के माध्यम से सृष्टि/प्रचारित करने के लिये प्रयोग कर सकें। इस प्रस्ताव का विवरण मेरी इलाज के खर्च से होने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों को प्रेषित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता: इस संबंध में "कोशिका" एम्बु न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रही है, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना-लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह प्रस्ताव या बिना एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

(Signature)

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
04/08/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MCh, FPRS, FICO
Consultant, Ortho & Reconstructive
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के लिए नं.

Mr. Lakshmi Pathi
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Koshika Foundation Trust.)
16/M, The Central Board of Secondary Education, New Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्यक्ति हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यक्ति हस्ताक्षर 2
(Signature)