

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B0725/1150

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/7/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sirajunnisa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Ameer Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bareilly

Tumbun (D)

Kalyanpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



pre-op - post op
1150 - Sirajunnisa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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

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	Ameer Sab	73	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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:- RE - cataract, LE - cataract
2	Surgery:- LE - cataract + pld

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	DBL	2000/-

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 स्वीकार करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति पत्र "कोरिफा फाउन्डेशन", मेरी ही का रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं स्वीकार करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पत्र का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य चोट/विरोधाभासी/व्ययि कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 उत्तरफल पर अंग्रेजी की भाषा लगाना, यै (अमेरिक) अपनी सहायता की पुष्टि करता है एवं "कोशिका काउन्सिल और उसके मासियों" को अधिभुत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायो, धन, साधक/सा धुरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिभुत है। मेरे उत्तर का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्सिल" व न्यायी अधिभुत है।
- 2) यै (अमेरिक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेखक की इच्छाशक्ति का अंगुलि का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से प्राप्त/प्राप्ति की "कोशिका कागज/पत्र" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रेणी से उठाए ली/पायी गयी हो, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेर" से विवरण/विशेषी उठाए का सम्बंध में "कोशिका काउन्टेर" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेर" द्वारा सहायता विनीत व्यक्ति/संस्थान हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल, किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उठाए ली/पायी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका काउन्टेर" से ली गई सहायता कोसल विधि/प्रकृति की है। रोगी या इस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का जुनव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी की इलाक सुरक्षा और जाने जाने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

11/7/25

Dr. M. PAVITHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Eye Hospital, Sree Siddaganga Hospital
(A unit of Siddaganga Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 (Signature of Hospital)
 नाम व पद (नाम व पद अधिकारी)

Vasanthakumari

SIGNATURE of TRUSTEE _____

न्यासी इत्यादि ।

Unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthakumari - Signature-52

ज्यामी बाजार ३