

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/1021/1318

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

18/10/21

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Ghouseia Begum

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम

W/o Askim Shariif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

No. 21, 9th Cross Tank Bund Road, B. Co. Road, Begummalah Nagar, Bangalore
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता
same as above



Pre-OP Post-OP
1318-Ghouseia Begum

OCCUPATION :
व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

☒ Yes

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	Askim Shariif	75	M	Husband
2	Sunail Ahmed	43	M	Son
3	Ishamati Taj	36	F	Daughter in Law
4	Hayath Shariif	14	M	Grand son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम 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 RE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिखा गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी. गई सहायता राशि
1	DBCS	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 यहाँ पर कबल यह ही बात कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी बिन्दुओं में सही जानकारी को अनुवाद कर रहा हूँ। यदि कोई गिनाह एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निश्चय की जा सकती है।

2) मैं इस से सहायता लेता "कोशिका फाउण्डेशन", से ही जा रहा हूँ, इससे जल्दसे उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाये, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता से मैं यहाँ पर आ रहा हूँ, उस पर किसी भी प्रकार का भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों पर अपने ही द्वारा लगाए गए (अंकित) अपने मतों की पुष्टि करात है एवं "भौतिक जादूईयन और इसके न्यायों" को अधिकृत करात है कि यह नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं। इसे "कॉपीराइट" समझ लें। यदि आपका नाम बदलने से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसिद्धि करने में सहायक है। तो उसके बाद विवरण को इसका को अपने या बाद में अपने को फिर "भौतिक जादूईयन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेशक) इस बात से सहमत हूँ कि योग नाम, यज्ञ, योद्धा और विद्याम को कि महापुरुष ने इन्दुराज से अर्पित है जुड़े स्वतः, महापुरुष का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "योद्धा" शब्द का प्रयोग योद्धाओं का विशेष अधिकार और सम्मान को दर्शाता है।

संदेश के अनुसार वे अंग्रेजों का विरोध



(CTI)

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 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.

इससे अधिकतर, इसायाही की ओर के पात्रों/पात्रों को "लैंगिक गण्डेयन" के विविध अंशों से ही निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) विषय प्रसार के माध्यम से स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सीमाएं और न ही सीमाओं में विभिन्न सहायता किसी कि सहायता संकलन या किसी अन्य काल से उक्त एंटी-डम्पिंग में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "भौतिक ब्यान्डल" से डिपेंडीसी/विशेष। उक्त के सम्बन्ध में "भौतिक ब्यान्डल" द्वारा स्पष्ट कि है यदि "भौतिक ब्यान्डल" द्वारा सहायता विनिर्देशित/संकलन हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अप्रत्यात किसी अन्य कि सहायता प्रोत्त या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लीने या अतिरिक्त सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्यात द्वितीय धर उक्त रोगी/धम्पले हेतु किसी कि सहायता प्रोत्त या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं होता/लगी।

2. "कोशिका पायन्डेंटल" से ही यह साबित होता है कि कोशिका के अंदर की तरफ से कोशिका का बचपन होता है। इससे हमें पता चलता है कि कोशिका के अंदर की तरफ से कोशिका का बचपन होता है। इससे हमें पता चलता है कि कोशिका के अंदर की तरफ से कोशिका का बचपन होता है।

पञ्चिकावली के लिए भूम्युक्ति

अप्रील २०१३

18/10/2

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cataract & Refractive Surgery
KMC, K. S. Hegde, No. 1 with Station
(A Unit of Sree Siddaganga Hospital, Trust)
KMC, B. S. Hegde, No. 1 with Station

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
 Eye, Diabetes and Endocrine Disorders Signatory
 4, Thimmamma Road, All Hospital Bed Area.
 नया नगर हस्पताल अडिक्टर अडिक्टरी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तराष्ट्रिय उपयोग हेतु

म्यान्मार् प्रजातन्त्र

Exempel

न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich