

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1H67

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mallika Baig

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

w/o Musannath Baig

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

3121-15, Near infant Jesus School, Munikur

-Kappa Layout, Lingaraja Puram, Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास का पता

Same as above

Pre-op Post-op
1H67 Mallika-
Baig

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Musannath Baig	58	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) यतीबी रेखा 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 किसे 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 RE Cataract + PCICL

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	DBCS	2.000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 योनाम करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो जिससे मैं न हो भविष्य में भूता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) 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 घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाद आदि उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तिले किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्तधर या अंगुली का निशान

(LTI)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्बन्धितों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्ति सहायता हेतु विधायी की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से पात्र व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश में प्रारम्भिक सहायता किसी नैतिक सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य व्यक्ति को उक्त रोगी/रोगियों में से लेने का है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पन्न/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत व्यक्ति/व्यक्तियों को मदद हेतु किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य नैतिक सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः प्रारम्भिक मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी नैतिक सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं लेनी/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विनिर्गत व्यक्ति को है। ऐसी पर सम्भवतः द्वारा ही यह सहायता या विनिर्गत रूप से उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सम्भवतः में से लेने के इरादा सुरक्षित और जाने की सारी जिम्मेदारी सेमी एवं सम्भवतः की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

रखीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/10/21

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of KMC) **(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)**
KMC

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक रुपसेन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इम्तियाज ।

Safenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्मान 2

lieve