

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1272/18 नं०

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/12/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Munir Ahammad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Late Mahadeen Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Besagarahalli Bismila Nagar, Maddur
Taluk Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cooler

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

य आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	Alakhabaijam	69	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौपै 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) उपभोग्य 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LC Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCTOL

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 ले गई सहायता राशि

Pre OP Post op
1878 Munir Aha
-mamed

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:	
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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी छात्रावृत्ति निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो राशि लेऊँगी और न ही भविष्य में लूँगी।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)	
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ध्येय के लिए ही प्रयोग करेंगे, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए है। इस प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए मेरी सहायता का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। इस प्रपत्र पर "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का उपयोग करने के लिए मैं सहमत हूँ। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का उपयोग करने के लिए मैं सहमत हूँ।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)	
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereto 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.	
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे द्वारा की गई "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/अनुमति दे रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत करते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत करते हैं। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है। इस प्रकार हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 21/12/22	Dr. Laxmi Dorennavar (Name of the Doctor Not with Stamp) Consultant in Plastic & Refractive KMC No. 90244
Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Leishmaniasis & Eye Care (A unit of Shiksha Eye Care Trust) # 16/M, Thimballah Road, Near Tank Bed Area	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
	