

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

NJ 1272 118 78

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

Koshika  
foundation

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Munir Ahmed

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
जिता/स्त्री का नाम

S/o Late Maihadeen Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पाल  
Bengaluru, Bismila Nagar, Maddur  
Taluk Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: असाई आवासीय पाल

Same as above



Pre OP Post OP  
1848 Munir Aham  
-monni

OCCUPATION:  
अधिकारी

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय  
25,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्वर्ण गता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मेरा आय जरूर दराता है (जो मान्य हो उस पर जाही का नियमन लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरियार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>घरियार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1                      | Hukka Bahujam                                     | 69                         | F              | wife  |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिन्हित करें:

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गवर्नरी रेखा के दीर्घ प्रबल वाप<br>(प्रबल वाप की जाव प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आप स्वयं वाप प्रबल वाप<br>(प्रबल वाप की जाव प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उत्तरीप्रश्चिन्ता कार्ड<br>(प्रबल वाप की जाव प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष |
|---|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/कोरिडर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1                      | Diagnosis<br>RF Cataract<br>LF Cataract  |
| 2                      | Surgery<br>RF Cataract + PCTOL   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हाँ नहीं सहायता उपलब्ध |
|------------------------|---|--|
| 1                      |   |  |
| 2                      |   |  |
| 3                      |   |  |
| 4                      |   |  |
| 5                      |   |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** मेरे द्वारा भीतर आवश्यक काम:

- 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 प्रेषण करता हूँ कि इस लाए में लिखे गए विवर मेरे जल्दी में समाप्त रूप से रहते हैं। यदि कोई विवर ऐसे कथन असाध्य बन जाता है तो मेरी भावना निम्न जैसी रह सकती है।
- 2) मैं इस गोपनीय सिवाय "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जैसी ही उपलब्ध उपर्युक्त कोई उपर्युक्त कोई विवर नहीं जारी करता।
- 3) मैं यूनिट करता हूँ कि विवर वापस देते वह उपर्युक्त को नहीं है, उस अधिकारी का नामिक या संकाश विवर जिसी अवधि घोषित/नियंत्रित करनी चाहीं तो वह लिप्त है और न ही भीकाम वैध है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा काम)

- 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 fulfilment 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 confirming 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 प्रति पा आपने इसका यह अंगते की दृष्टि लगाया, जैसे (आवेदक) आपनी भावनाएँ की दृष्टि करता है कि "कोशिका फाउंडेशन जौल डाक्टर न्यूट्रीशन" की अधिकृत जल्दी है कि यह काम, जोकि और जो विवरण इस रूप में दर्शित है, उसे "कोशिका" इसका नामी, शब्द, शब्दसंग्रह या उपर्युक्त या यही गोपनीयताएँ और उपलब्धिएँ के लिये विवर जैसी वैध प्रस्तर वर्णनम् ये घोषित/जारी करने की तिथि अधिकृत है। मेरे प्रति पा विवरण ये इतने के लिये या बढ़ा या बढ़ाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या आपनी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में जल्दी हूँ कि मेरे नाम, नाम, जोकि और विवरण जैसे कि आपका नाम उपर्युक्तों में फ्रैमिंग है तुम्हे स्मृतः आपका का इकाया नाम कराया। इस अधिकृत में "कोशिका" इसके न्यूट्रीशन या विवरण वित्तीय और जानकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अपार्टमेंट के नामांकन का अंगते का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा काम)

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 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.

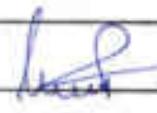
इसी अधिकृत, इसकारी की जैसे मामार्कर्टेने की "कोशिका फाउंडेशन" की विविध सहायता है जिसका वैदिक जारी है, जिसे इस (हस्पताल) नियम व्यवहार में सावधान कराता है।

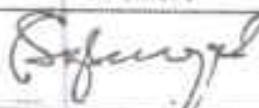
1) यह कि यह अंगते की विवरण में दर्शित न्यूट्रीशन जौल डाक्टर या विवरण जैसा रखते हैं जल्दी या लेते हैं, जोकि इन्हें "कोशिका फाउंडेशन" में दर्शित/घोषित होने के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत आयोजक/जारी करने हैं यह अधिकृत नाम किया जाता है तो अस्पताल किये अन्य या सामाजिक सेवा के विवर जैसा जल्दी सहायता होती जा जायेगी जुरिया रखता है। इस यूनिट में यह उपर्युक्त काम जैसा विवरण देता है कि आपका नामांकन द्वितीय यह उपर्युक्त काम जैसा विवरण देता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" के लिये यह सहायता देने वाली प्रश्नीय की है। देने वाले इसामान द्वारा यह यह जाता है कि देने वाले इसामान का यह उपर्युक्त काम जैसा विवरण देता है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह जारी करनी चाहीं है। इसलिये इसामान में देने वाले इसामान सुनाता है और उन्हें जाने की जारी विमेंटरी देते हैं कि इसामान की जैसी और "कोशिका" की कोई अंगते या विवरण इस उपर्युक्त में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति देते हिए, संस्कृति

|   |  |  |
|---|--|--|
| Date of Surgery<br>अंगते की तारीख<br>21/12/22 | <br><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br>(Name of the Doctor / No. with Designation)<br>Consultant Ophthalmic Refractive<br>KMC NO. 90244<br>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION | <br><b>Mr. Lakshmipathi N</b><br>Manager Outreach<br>INSTITUTE FOR CHATHURMUKHA EYE CARE<br>(A unit of Shrikrishna Eye Care Trust)<br># 18/M, Thinnivellai Road, Madurai, Tamil Nadu, India<br>आनारेक उपर्युक्त हैं |
|---|--|--|

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी इसामान ।**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नामी इसामान ।