

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/1222/1887

APPLICATION DATE : 21/12/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Habib Banu

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

44

SEX लिंग

F

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

W/o Hanif Ahammud

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

16, 2nd cross, Umar Bhag layout

Near Umar Bhag Masjid Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op
1887 Habib banu

OCCUPATION :
व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

28,000/-

(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 रत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 RE - Cataract + PCIO

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 योचन 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 जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य गद्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धेक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (सहभागी द्वारा स्वीकृति)

- 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में अधिष्ठित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, साधकता दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उत्पत्तियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यो हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदनक के समस्तानुसार धरा कालो के दिशात



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिकतर, इसकाशी की ओर से समर्थन/पुर्ण को "कांशिका धर्मचर्या" से विधिपुत्र सम्पन्न हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (इसकाशी) विन्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही श्रवण में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए जाएगी/पाएगी न ही संग्रहीत या से बाई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/विनिर्गत उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत अतिरिक्त/सकल हेतु प्रत्यक्ष नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाएगी/पाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। रोगी पर इस्पात द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पात में रोगी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की प्राप्ति विनिर्गती रोगी एवं इस्पात की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या विनिर्गती इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPSC, FICO
Consultant in Plastic and Reconstructive Surgery

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Siddhaganga Hospital & Research Center)
He is an authorised signatory

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्तखर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2020