

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: B/0925/1918 APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: 23/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी वरि: Muhammed Khan AGE-YEARS / वय-वर्ष: 68 SEX / लिंग: m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी वरि: slr Abdul Rashid Khan
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पत्ता: padarayana pura, Bargalide, Kulkatake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पत्ता: _____



pic of - part of
 1918 - Muhammed Khan

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक वार्षिक उत्पन्ना: _____ (Attach Proof of Income) (साक्ष्य वा प्रमाण सादर करा)

PNR No. / आरोग्य सुवात क्रमांक: _____
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / को उत्पन्ना कर करदाता आहे (को उत्पन्ना कर करदाता आहे कि नाही यावर निश्चित करा)

Yes / No / हो / नाही

FAMILY DETAILS / कुटुंबी तपशील				
Sr. No. / क्र. क्रमांक	Name of Family Member / कुटुंबी वरि वरिचे नाव	Age (Years) / वय (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी वरिचे नाव
1	Nasimunnisa	56	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार वरि निश्चित करा

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड (आवृत्त करी प्रत सादर करा)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / ईव्हीएस प्रमाणपत्र (आवृत्त करी प्रत सादर करा)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आवृत्त करी प्रत सादर करा)	<input checked="" type="checkbox"/> Any other Basis/Proof / कोणतेही आधार
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / साहायता हेतु निश्चित करा

Sr. No. / क्र. क्रमांक	Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य अहवाल/प्रमाणपत्र जोडलेले
1	Dr. Aggarwal - PE - PCTAL LE - Cataract
2	Surgeon - LE - Cataract + PCTAL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / कोणत्याही हेतु वरिचे आरोग्य साहायता किती अन्य स्रोत वरि मिळते आहे

Sr. No. / क्र. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE / कोणत्याही स्रोत वरिचे नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / कोणत्याही वरिचे प्रमाण

DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- 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.
 - 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.
 - 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या बाद में किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस उद्देश्य के लिए पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/publish/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.
 - 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी सहायता का उपयोग करने की अनुमति है, जो "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए सहायता मांगी/दिली गई है, किसी भी माध्यम, जिसमें कि मुद्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी "कोशिका" द्वारा या इसके ट्रस्टियों का उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

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:

- 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.
- 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.

यहाँ बाएं मुद्रा, हमारी ओर से या हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से सिफर की जाती है, ताकि हम (हॉस्पिटल) निम्न बातों से सहमत हो सकें:

1) यह कि हम या हमारे द्वारा या हमारे द्वारा वित्तीय सहायता से सिफर की जाती है, ताकि हम (हॉस्पिटल) निम्न बातों से सहमत हो सकें: यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता मिलाने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करने के लिए है कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए या इसके ट्रस्टियों का उपयोग नहीं किया जा सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी और सुरक्षा के लिए सहायता के लिए या इसके ट्रस्टियों का उपयोग नहीं किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अनुमोदित के लिए अर्थीक		Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shreebhag Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52
Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 Dr. PRASHANT B. S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर सहित	Signatory (A unit of Shreebhag Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थीक सहायता के लिए	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक अर्थीक	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक अर्थीक 2
	