

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 21/0123/2052
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/1/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mohamed Ghouse
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: alo Mohamed Ismail
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

18, Ranganathaswamy Nagar, Kunitgal

Tbani, Tumkur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 87,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्तृ 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF- cataract LE- Rxio
2	Surgery LE- Cataract + Rxio

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

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



Preop post op
2052 Mohammed Ghouse

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं असत्य बात साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन, केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग होगा, जो इस फॉर्म में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मेरी लागत या खर्च किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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/post-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में शामिल हैं, जो "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उम्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के समर्थन के बिना मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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 any other 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारा घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए हमें कोई प्रार्थना है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवारित/विनिर्मुक्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी तो हमें कोई प्रार्थना नहीं करनी होगी। यदि सहायता प्रदान नहीं की जाती तो हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए प्रार्थना करनी होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता प्रदान की जायेगी तो हमें कोई प्रार्थना नहीं करनी होगी। हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए हमें कोई प्रार्थना नहीं करनी होगी। हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए हमें कोई प्रार्थना नहीं करनी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MRCO, FRCS Consultant - Plastic & Refractive RMO No. 00244	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 15/M, Thimmarasu Road, Kothur, Andhra Pradesh
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		अन्यत्र उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2