

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N1012312116 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 17/11/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Yasmeen AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: W/o pathan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Bylanmasapura, Bangalore Rural
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: (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 दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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
1	Pathan Khan	77	M	Husband
2	Nisha Fathima	13	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियमित 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis Rx - Cataract Lx - Cataract
2	Surgery Lx - Cataract + p101

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 सी गई सहायता राशि
1	DBS	5000/-

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 पर कबत हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी इच्छा है सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में था।

3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने इसावर या अंग्रेजी की भाषा सहायक, मैं (आवेदक) अपनी परास्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायो" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नव, पाठ, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायो, दान, वाचस्पथ दूले उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के तत्वे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को मिला अधिकृत है। और प्रश्न का विवरण में प्रत्येक के घटने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।

અચાનક એ કમળના પા અંગે કા નિયત



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.

1) 'यस कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिपति में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रंगी/गमलने में ली जा तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विभाजित/विनिर्दिष्ट उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/गमलने हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अगम्यता किसी अन्य गैर सरकारी स्रोत या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगम्यता द्वितीय मदद उक्त रंगी/गमलने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका 'फाउन्डेशन'" से तो यह साहजिक कोसल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात द्वारा ही यह साहजिक या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका 'फाउन्डेशन'" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमलात में ऐसी के इसलिये सुरक्षा और जाने जाने की सटी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलात की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

17/6/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
MBBS, MS, MRCO
Consultant Physician & Surgeon

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shri Chhatrapati Shahu Maharaj Trust)
on behalf of Hospital)

KOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

Exempel

2028