

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building blocks of life

APPLICATION No. : B/1085/2218  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Syed Samiulla  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अंगु-वर्ष : 49  
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Syed Sadathulla  
पिता/सहोदर का नाम



Pre op post op  
2218 - Syed Samiulla.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 81/306, Karamnagar Katta Vecchi,  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : u  
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. u

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का विकल्प चुनें)

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 संबंध

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न
①	Dignosis: PE - Cataract LE - Cataract
②	Surgemey: RE - Cataract + PCD

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से कितनी प्राप्त हुई?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर अलग पत्र भेजा है तो उसे सहायता निवृत्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस पैसे का अधिक या समकत किसी अन्य प्रो.नि.प्रो.अन्य.संस्थानों से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा यादगिरी, दान, सहायता/पैसे इत्यादि उद्देश्य से प्रकाशित/प्रसारित और प्रसारित/प्रसारित के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व 'ट्रस्टी' अधिकृत हैं।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है प्रमाणित कर दिया जाता है। प्रमाणित कर दिया जाता है। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उक्त 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 assistance for the same patient/case 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा/संगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता कोष/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता कोष/संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता कोष/संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इतनीसे हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा/सुझाव और अपने जाने की जाती किन्हीं/रोगी एवं हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
24/10/24

Dr. P. H. B. K.  
M.B.B.S. F.G.O., F.P.O.S.  
Specialist in Ophthalmology and Pediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

Dr. AKSHAY PATHI N  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
डॉ. अक्षय पथी न

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु (Koshika Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*