

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0223/2337 APPLICATION DATE : 07/02/23
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Abdul Azeer AGE-YEARS अनु-वर्ष 72 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sh. M. D. Ghose
पिता/हस्तु का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Sahab, Channarayana Nagar, Bangalore

North, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Prop postop
2337 Abdul Azeer

OCCUPATION : Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (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 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 किन्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टी संलग्न
1	Diagnosis Respiratory LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + TPCOL

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 ले गई सहायता राशी
1	DRC	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक दाता 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 यहाँ पर कतार है कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह सहायता प्राप्त करूँगा/करूँगी, जिसका उपयोग मैंने उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया कारण, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं इस सहायता के तहत किसी अन्य स्रोत से इस सहायता की राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं करूँगा/करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (ADDRESS NOT NEEDED)

- 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.
- 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 पर अपने इलाख या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/दुरुपयोग से दुरुपयोग के दुरुपयोगियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सचित्र से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के दुरुपयोग से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपकी सेवा में हमें बहुत खुशी है। आपकी सेवा में हमें बहुत खुशी है।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें कृपया)

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.

हमारे अधिपति, हमसदस्यों की ओर से समस्त/एकी को "कोलिका पाठमंडल" से विधिप सहायता हेतु नियमित की जाती है, जिसे हम (हमसदस्य) दिन उपाय से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही अधिक में विविध साहाय्य किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेंगे। यहाँ पर "कोशिका पाठ्यक्रम" से निष्ठा/विधि/उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा मन्त्र है। यह "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा साहाय्य विधि अधिकार/उत्तर हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अन्याय किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साहाय्य से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्याय विधि मन्त्र उठाए जायेंगे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साहाय्य से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका पाठ्यक्रम" से ही यह साहाय्य कोशिका विधि प्रकृति की है। यहाँ पर अन्याय द्वारा ही यह साहाय्य या किसे यह अन्याय/विधि का मुख्य उद्देश्य एवं अन्याय के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा किसी प्रकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिए अन्याय में ऐसे के उद्देश्य सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी यहाँ पर अन्याय की होती है। "कोशिका" की कोई सुझा या जिम्मेदारी इस भाग में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

जीपरीयन की लपेट

07/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
Cons (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) v

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्री श्री देवदत्त १

ज्यामी इन्टरनर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यानी इन्द्राणा ३

2018