

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0224/2670

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27/2/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Akthar Begam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

W/o Shekh Bashas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

 Cooks Road Bharathi Nagar
 Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

BEGAM

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

205000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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 किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF catraol LF catraol
2	Surgery LE cat + PCFAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

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

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 शोधका कहता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापता परिवर्तन की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापता राशि "कॉरिज्मा फाइनेंशियल", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति में लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्रक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उपयोग या सकल हिस्सा किसी अन्य धार्मिक/वैयक्तिक/व्यापारिक/कम्पनी में न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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 हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन को उसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, कार, वाहनवाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हमलावा या अपराधी का निशान



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 अधीनस्थ, इस्तेमाली की ओर से मामला/दोषी को "कौशिक जादू-टोहन" से विविध संस्थाओं हेतु भ्रष्टाचार की जाती है, जिसे हम (हमसलार) निम्न प्रकार से जान्य व समीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही बुनियादी वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्कोल से उठा रोणी/चालने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से शिक्षा/उच्च/विश्वि उका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गदर हेतु कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकांशकर हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस बुद्धि से स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय गदर उका रोणी/चालने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेी गई सहायता कंथल वित्तीय प्रकृति की है। रोणी या हस्पताल द्वारा लेी गई सहाय या बिने गये उपचार/क्रिया का मुद्रा रोणी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिने हस्पताल में रोणी के इलाज मुद्रा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई मुद्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

नाम व पद हस्तताल अधिकाृत अधिकाय

संस्कृत-भाषाशास्त्रम् ।

Exchanged

न्यासो हस्तोत्तर २

here