

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0224/2683

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/02/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ibrahim

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Ismail Sharif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

28 Nehru param Bangalore

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

255000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

या आय आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को 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 लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के योध्ये 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 मारने चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RF contract LF contract
2)	Surgery LF contract + RFA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

Pre-op post-op
2683 Ibrahim

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 प्रारूप 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 निगम को जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कौशलिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को तैयार है, उस राशि का अंतिम या सकल हिस्सा किसी अन्य धार्मिक/नियोक्ता/बौद्धा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में ली जाए।

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 का अर्थ है सत्यता या जीर्णता की जाय लगाना, मैं (अवलोकक) अपनी समझति को पुष्टि करता हूँ जब "कोशिका काउंटेशन और उसके न्यायोचर्य" को अधीकृत करता हूँ कि मेरा ज्ञान, पाठ, चोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धर्मिक है, उसे "कोशिका" एषम न्यायी, राज, वाचनायत इनमें उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधीकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को चलने या बंद में करने के लिए "कोशिका काउंटेशन" व न्यायी अधीकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से अवगत हूँ कि मेरा ज्ञान, पाठ, चोटो और विवरण को कि महापदा के उद्देश्यों में प्रतिष्ठित है मुझे स्वतः सहायता का हक्काद नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एषम उसके न्यायोचर्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को प्रत्यक्ष या अंगुली का नियंत्रण



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 अधिकृत, हमलाधारी की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका फाटवर्केशन" से विविध सहायता हेतु निश्चरित की जाती है, जिसे हम (हमसलत) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही वीथिय में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य स्वतः से उक्त रंगी/चमले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिमिडरिडिबिलिटी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमि अतिरिक्त/सकल हेतु यन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रंगी/चमले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता कंपल विविध प्रकृति की है। रंगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सलज या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संस्कृती के लिए संस्कृति

22/2/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant, Phaco & Faco
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इसका वै. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A Unit of Shree Chitwan Hospital))

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sc 28