

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

N/0323/2997

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

24/3/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Abdula Bashir

AGE-YEARS

वय-वर्ष

66

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/o Abdul Azeem

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

H/Wo 117 3rd Block Masthi Hable Halur
Taluk Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Cooke

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(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 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 संबंध
1)	Makbul Jan	59	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis Rt Cataract Lr Cataract
2)	Surgery Lr Cataract + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

Prop
2997
Dastop
Abdula Bashir

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:-

- 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मुझे सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से मुझे या भविष्य में मुझे कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रीबर्समेंट मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/print-up/republish 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में मुझे या मेरे परिवार/प्रियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रार्थना का निराकरण होने तक या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के उल्लिखित हैं मुझे स्वतः, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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.
- हमसे अधिकृत, हमसकरी को जो न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उधार लेनी/प्राप्त होने वाली या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/निर्धारित उधार के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद लेनी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता से मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उधार लेनी/प्राप्त होने वाली किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेनी/प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से न तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्राप्त हो गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 26/3/23	 Dr. Lakshmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 26/3/23 Consultant, Eye & Refractive	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Deafness & Eye Care (A unit of Shree Krishna Eye Care Trust.) 15/4, Thiruvananthapuram, Kerala, India
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2