

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0/26/3086

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shamawaz Bano

AGE-YEARS आयु-वर्ष

6.5

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुम का नाम

w/o Syed Mukhtar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1F. NO 6, 1ST Floor, Sandcross 1st Main

Road, AMC Road, Sampathnagar, Kadugondurga

halli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Collage, Bangalore, Karnataka



pre OP postop
3086 Shamawaz Bano

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

26,000 /

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Syed Mukhtar	70	M	Husband

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE PCTOL LE cataract
②	surgery LE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी सहायता, जो इस प्रकरण में प्राप्त की जा रही है, केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रदर्शन नहीं किया है, उस राशि का अधिकतम या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" द्रव्य, न्यायिक, दाय, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमाण मागने से इजाजत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायिक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतंत्र; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्रव्य उसके त्रस्टियों 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 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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/सिफारिश को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण में प्राप्त न मिलेगा करने हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जा सकती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में प्रदान करता हूँ कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता प्रदान हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेंगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा ध्यान है कि वे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेंगे एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
6/1/26

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंकन

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A part of Shikadha Eye Care Trust)

VASANTNAGAR BANGALORE-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रस्टी हस्ताक्षर 1

Dr. Suresh

त्रस्टी हस्ताक्षर 2
Dr. Suresh