

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3125 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 13/1/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Kowjibi AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम : w/o Sandan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : H. No- 90 6th Cross Ahmed Nagar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : Channarayanaiahalli Nayandahalli Bangalore



pre op post op
3125 kowjibi

OCCUPATION : व्यवसाय : Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 24,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PN No. रियासत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर छल है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं No

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	Ishad	40	M	SON
②	Nawaz	31	M	SON
③	Attullah	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश के अंतर्गत आना पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा कर)

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बनता या गलत है तो मेरी सहायक निधि को वापस करवाया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूंगा कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह आश्वासन नहीं दिया है, यह उचित का अधिकार या सफल डिस्काउंट किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, वाक्यांश या दूसरी उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे प्रकार के चले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है जो अन्यथा किसी अन्य रोगी/रोगी के संबंध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने/उपस्थापित/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/1/26	<p>Dr. PREETHI. B.K. M.B.B.S. D.O. F.I.C.O. F.P.O.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका संकेत</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) OUTREACH CLINIC DIABETES & EYE HOSPITAL</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (केवल कोशिका फाउन्डेशन के उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--