

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

Building Block of the



0208 Ashraf Mahabob post op
0208 Ashraf Mahabob post op

APPLICATION No.:

अर्ज नं.

B/0717/0208

APPLICATION DATE:

दिनांक

26/4/2017

NAME of APPLICANT:

अर्जकर्ता का नाम

Ashraf Mahabob

AGE-YEARS

वर्ष

20

SEX

लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Mahabob

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

30 Mahabob, 39th Omugurite,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Jakkari Post, Deitankikottai Taluk,

OCCUPATION:

व्यवसाय

Two wheels Mechanic

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1500 per month (Proof)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (If any)

आयकर नं. (यदि कोई हो)

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

आप आयकरदाता हैं (को वही चिह्न दें जो लागू हो)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

Sr. No. क्र.सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अर्जकर्ता के साथ संबंध
1)	Mahabob	50	M	Father (Unemployed)
2)	Gulzar	48	F	Mother (Housewife)
3)	Rasheed	16	M.	Brother
4)	Muskan	12	F	Sister

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए आधार (को वही चिह्न दें जो लागू हो)

BPL Card

(Attach Card Copy)

भोज्य न्याय कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आयकर नं. प्रमाण प्रस्तुत करें

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

Ration Card

(Attach Copy)

आयकर न्याय कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No.

क्र.सं.

Medical Reports/Prescriptions Attached

आयकर/प्रीति के लिए को नई प्रमाण प्रस्तुत करें

D.O.V. for RL

Vitrectomy for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोतों से प्राप्त नहीं हुई है

Sr. No.

क्र.सं.

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

को नई सहायता प्राप्त

B.W.L.E.H.

DECLARATION by APPLICANT: I/WE HEREBY CERTIFY THAT ALL DATA IN THIS FORM ARE TRUE.

- DECLARATION by APPLICANT:** **अर्थात् इस प्रकार है:**
- 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 I am assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी प्रार्थना और मेरी सहायता का कोई भी हिस्सा खारिज हो सकता है।
- 5) मैं इससे पुष्टि करता हूँ कि मैंने अभी तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरा और न ही हिस्से में मदद नहीं ली है।
- 6) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरा और न ही हिस्से में मदद नहीं लूँगा।
- AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् इस प्रकार):**
- I hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my personal information for the purpose of providing assistance as requested.

AGREEMENT BY APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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 its 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.
- 3) इस प्रश्न पर उत्तर देना या उत्तर न देना, मैं (अर्शदा) अपने उत्तरों की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों * को अनिवार्य रूप से मैं और मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग वे लोग कर सकते हैं जो "कोशिका" फाउंडेशन, या, सहायता देने वाले लोगों से पैसे जुटाने के लिए लोगों के नाम का प्रयोग करने के लिए अनिवार्य है। मैं प्रश्न का विचार कर सकता हूँ कि मैं या मेरा नाम या मेरे उत्तर, "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को प्रशिक्षण देने के लिए प्रयोग करने के लिए अनिवार्य है। मैं प्रश्न का विचार कर सकता हूँ कि मैं या मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं या मेरा नाम से जुड़े हुए, प्रशिक्षण या सहायता को देना। इस उत्तर में "कोशिका" फाउंडेशन, उसके ट्रस्टियों का निर्देश अनिवार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

AGREEMENT by HOSPITAL (Yours and Mine)

- AGREEMENT by HOSPITAL (Form SH-00)**
- I, the undersigned, representing _____, hereby agree to accept financial assistance from Koshika Foundation, as requested by the patient, subject to the following conditions:
- 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 its 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 administered 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/केस को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) मिल सका से अन्य क संभव नहीं है।
- 1) यह कि मैं या मेरा अस्पताल या मेरी अस्पताल में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार का अस्पताल या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं करेगा, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय सहायता प्रदान की जाएगी तो अस्पताल को पूरा करना होगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय सहायता प्रदान की जाएगी तो अस्पताल को पूरा करना होगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय सहायता प्रदान की जाएगी तो अस्पताल को पूरा करना होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तिय सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चयन हमारे अस्पताल और रोगी के बीच होता है जो कि अस्पताल और रोगी के बीच होता है। अस्पताल और रोगी के बीच होता है। अस्पताल और रोगी के बीच होता है।
- 3) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तिय सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चयन हमारे अस्पताल और रोगी के बीच होता है जो कि अस्पताल और रोगी के बीच होता है। अस्पताल और रोगी के बीच होता है। अस्पताल और रोगी के बीच होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Software is fire safe

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
KMC No. 56304
A.W. Laxmi Super Speciality Eye Hospital
No. 3, Laxmi Super Speciality Road
(Opp. of Dr. A. Regu. No. 1071)
KMC No. 56304 - 360 002

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
१११ ११ ११११ ११११ ११११

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय जनता दल

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
and TRUST 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
year TERM 2

Exempt

Rich



சென்னை மாநகராட்சி
Corporation of Chennai

சமூக நலத்துறை
Social Welfare
பெண் குழந்தைகள் பராமரிப்பு
Adopted Child



6296 7336 6277

சமீப - சாதாரண மனிதனின் அதிகாரம்

சென்னை மாநகராட்சி
Corporation of Chennai
சமூக நலத்துறை
Social Welfare
பெண் குழந்தைகள் பராமரிப்பு
Adopted Child
பெண் குழந்தைகள் பராமரிப்பு
Adopted Child
பெண் குழந்தைகள் பராமரிப்பு
Adopted Child
பெண் குழந்தைகள் பராமரிப்பு
Adopted Child

6296 7336 6277





ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಶಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
B.W. LIONS SUPERSPECIALITY EYE HOSPITAL
 a unit of Lions Club of Bangalore West Trust



#5, Lions Eye Hospital Road, (off J.C. Road), Bangalore - 560 002, India.
 Phone : 080-2212 1253, 2212 1255 Fax : 080-2223 2562
 E-mail : info@bwlionseyehospital.org Website : www.bwlionseyehospital.org

26/7/17
 Bangalore.

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Mr Arbas Mahaboo 40 years old male presented to us with history of penetrating injury to right eye. He has intraocular foreign body in his right eye. He requires urgent vitrectomy for with intraocular foreign body removal.

Laksh
 for Dr. Pratibha
 Hands.
 Bangalore West Lions
 Super Speciality Eye Hospital
 5, Lions Eye Hospital Road,
 (Off J.C. Road) Bangalore - 560 002.

Comprehensive Eye Care Hospital with Advanced Investigations, Treatment & Micro-Surgical facilities for Cataract, Refractive Surgery, Glaucoma, Oculoplasty, Cornea, Squint & Vitis Retina & Paediatric Ophthalmology

Recognised by: CGHS, Insurances, TPA's, Banks, Yashaswini, State Govt. etc for cashless / reimbursement surgeries

Donations are accepted under Sec. 80(g) of Income Tax Act.

For Eye Donation Call : 2223 5005, 97405 56666