

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B10917/0309

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

28/09/20

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mathina Banu

AGE-YEARS आयु वर्ष

33

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Waseem Pasha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#215 1st Stage, Rajiv nagar Mysore.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- As above -

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife / Auto Driver / Husband

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45000/- 50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली 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 सम्बन्ध
1)	Waseem pasha	37	M	Husband
2)	Mohammed Ghouse	10	M	Son
3)	Mohammed Tapan	2 1/2 yrs	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये चिकित्सी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
	Doc for Right Eye.
	Trabeculectomy for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से सौदा कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, इस रकम का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोत्साहन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले 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 its 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नवमी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से लुट्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नवमी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्णतः सत्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नवमी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

14/09/2017

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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय रूप से उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lion's Superspecialty Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

हम या हमारा अधिकृत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEEL BAL

Consultant

KNEC Reg. No. 12345

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका नं. छिद्र

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवमी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवमी हस्ताक्षर 2

Safaryal

Safaryal

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ

Unique Identification Authority of India
Government of India

ಭರ್ತಿಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ / Enrolment No.: 1037/11545/01943

To: Mateena Bhanu
(ಮತೀನಾ ಭಾನು)
W/O Vasim Pasha
#258, Lingayithara Beedi
Varuna Hobali Vajamangala Post
Vajamangala
Mysore
Karnataka - 570028

Date: 12/06/2011



EY 08822132 7 IN

Ref. No : 12062011-01251

ನಿಮ್ಮ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ / Your Aadhaar No. :

9359 3097 8797

ಆಧಾರ್ - ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯನ ಅಧಿಕಾರ



ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ
GOVERNMENT OF INDIA

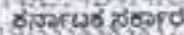
ಮತೀನಾ ಭಾನು
Mateena Bhanu



ಹುಟ್ಟಿದ ವರ್ಷ / Year of Birth : 1986
ಸ್ತ್ರೀ / Female

9359 3097 8797





ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ: RD0038882567662

ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದರಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ.

[illegible]

ಅವನ/ಅವಳು ತಂದೆ-ತಾಯಿ/ಧೂರವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನವರಾದರೂ ಕೂಡ ಅರಿವುಳ್ಳವರಾಗಿರುವುದರಿಂದ ೫೦ ರೂಪಾಯಿ ಕ್ವೆಸ್ತು ಲೋಗಿಂಗ್ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ವೆಸ್ತು ಲೋಗಿಂಗ್ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಟೆಕ್ನಿಕ್ ಬಳಿ ಲೇಔಟ್ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಯೋಗ ಸೆಂಟರ್‌ನಿಂದ ೨೦ ವರ್ಷಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಿನವರಿಗೆ ಲೇಔಟ್ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯೋಗ ಸೆಂಟರ್‌ನಿಂದ.

ಕುಮಾರ್ ಮೊಮ್ಮಡ್ ಗೌಡ್ ದಿನಾ ಕ್ಷೀ. ಪನಿಂ ಪಾಪಲವರು ಹಿಂದುಳಿದ ಶ್ರೇಣಿ. ಪ್ರಮಾ. 11 (ಬಿ) ಅರೆ ಕುರುಡು ಮುಸ್ಲಿಂ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಮುಖ್ಯ
ಮುಖಾಂತರ ವಾಣಿಜ್ಯ ಅಧಿನಿಯಮ 1968-69ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣಗೊಂಡ
ಈ ಪ್ರದೇಶದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಶಾಂತಿ ಕಲ್ಪಿಸಿ ಕೊಡುವುದಿರುತ್ತದೆ.

62433030 3715 15-3-91 1.35 10-7-90 0.5 5201 10303 1555 1812 1162 12630 13424 9004

ದಿನಾಂಕ: 20/08/2016

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಸಚಿವರು, ಬೆಂಗಳೂರು, 15.05.2019

[illegible][illegible]

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:06 11 November 2014