

56145



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : B/0320/0689 APPLICATION DATE : 11/03/2020  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Khaja Saheb AGE-YEARS : 65 SEX : M  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : muskim sab  
 पिता/हस्तुव्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Praddygaspalli, Pilax Town,  
 वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Pilax, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.  
 स्थायी आवास पता



0689 0689  
 Khaja Saheb Khaja Saheb  
 POU Op POU Op

OCCUPATION : Driver MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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.	Nisban Rasha	40	male	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि 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 गए विनोदों का उद्देश्य:	
Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	L.E Left Eye
	SICS + IOL

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 उसी सहायता का राशि
	BINLEH	

**DECLARATION by APPLICANT - आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इन प्रश्नों में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्णतः कोशिका के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता करा है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, उस राशि का अधिक या समतन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 on 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, उनके सचिव/या अन्य उद्देश्य के लिये विविध माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान


*S. P. S. S. S.*

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

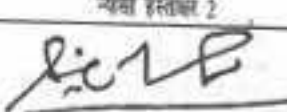
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित 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 प्राप्त होगी/पावते में लीने जाते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पत्रिका प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु प्रकृत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृत की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रकार/सहायता और अपने कार्य को सही किये/करी लेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोग का तिथि <b>11/03/2020</b>	 <b>DR. RACHEN JOSEPH</b> DOMS, FRC (Name of Dr & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पते नं	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <b>B.W. Laxman</b> Director, Lions Eye Hospital Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002
--	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 
---	--