

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0725/1165

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

14/2/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Tajfar Khan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम

S/O Mohamed Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kodambamagal, Kodambamagal

Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Pre op - post op
1165 - Tajfar Khan

OCCUPATION :
व्यवसाय

unEmployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
15	Saddiq Khan	29	m	Brother in law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
15	Diagnosis:- RE- cataract LE. Prol
25	Surgery:- LE- cataract + prol

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
15	DACA	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अभिनेता साधु निरंजन राय

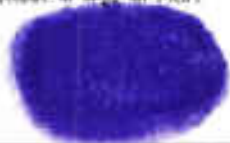
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ पर क़ातल है कि इस प्रारूप 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 निषेध की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर क़ातल है कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की गई है, उस एवम् कि जिसका वा सहायता किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली गयी है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (SEESE THE TEXT)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्जितक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिष्ठात करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विषय इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एजन्सि, राय, साधनाया दूसी उद्देश्य मे खुदी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिने किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठात है। मेरे प्रश्न का विचारन मेरी इलाज को पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रुस्टी अधिष्ठात है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विचारन जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" राय उनके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आलोचना की समझना या जानने का निदान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

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:

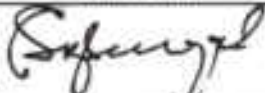
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकार, हमारी जी को जोर से सांगलें/लंगी को "कोलिका पायान्द्रेशन" में विविध सहायता हेतु भिन्न-विभिन्न की जाती है, जिसे हम (हमसहज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधित्त सहायता किसी नैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उठा होनी/पावनी में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से विभागीय/विधित्त उठा के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मरद हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विधित्त जलिका/सफल हेतु मरद नहीं किया जाता है तो असफल किसी अन्य नैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में मरद कहा जाता है कि असफल द्वितीय मरद उठा होनी/पावनी हेतु किसी नैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से लेनी नई सहायता संघल विधित्त प्रकृति की है। लेनी पर सम्पादन द्वारा की गई सलाह या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं सम्पादन के बीच का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सम्पादन में लेनी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की गरी विमोचनी लेनी एवं सम्पादन की होनी और “कोशिका” की कोई प्रसिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/25	Dr. M. PAVITHRA MBBS. MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shirdi Baba Eye Care Trust) (Name of Hospital) (नाम व जहाँ प्रत्यक्ष करने वाले)	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Capacity of Authorised Signatory) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shirdi Baba Eye Care Trust) (नाम व जहाँ प्रत्यक्ष करने वाले)
Vasanthapuram, Bangalore-52 FOR INFORMATION OF KOSHIKA FOUNDATION (स्थान व पता) (आगरा के लिये सूचना के लिये)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यासों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासों हस्ताक्षर 2 