

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 3/0725/1291

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/7/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nasrulla Sharif

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

3/0 A.K. Shariff.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1st Floor, 6th Main Road, Yashwanthapur
Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Pre op post op
1291 - Nasrulla Sharif

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un Employed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

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

या आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

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
13	Zahed Akhtar	54	F	Wife.
14	Nasrulla Sharif	35	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) रसदोस्ती कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnostics RE- Admitt LE- PCIDOL
②	Surgery RE- Out + PCIDOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 लेई गई सहायता राशी
①	DBCS	2000

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.

- AGREEMENT by APPLICANT** (अभिज्ञान दाता द्वारा)

2) मैं (अवस्था) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, पतन, फोटी और विग्रहण जो कि महाप्राय के उत्पत्ति में प्रथम है मुझे पता; महाप्राय का विकास नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एषम मुझसे व्यक्तिओं का निर्णय अतिथि और बाध्यकारी होना।

आवेष्टक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका काउन्टरेल" से तो यह साधारण कोशल गतिविधि प्रकृति की है। रोटी पर हल्मताल द्वारा ही यह अलस या बिदे गपे उपकार/प्रक्रिया का पुनरावरोपी एवं हल्मताल से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टरेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हल्मताल में रोटी के इतने सुरक्षा और आने जाने की घड़ी बिम्बेदारी रोटी एवं हल्मताल की होती और "कोशिका" की कोई पुनिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होती।

इन्वीकृती के लिए संस्तुति

ऑपरेशन की भाषिका

Vasanthanagar, Bangalore-52

Office of the Director of Public Health
1000 North Broadway, Suite 1000
San Francisco, CA 94109
Tel: 415.705.7000
Fax: 415.705.7001
www.sfdph.org

unit of Shreecha Eye Care Trust
Vasanthnagar, Bangalore-52

ज्योती कल्याण ।

न्यासी इन्द्रजाल २