

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : B/0725/1297

APPLICATION DATE : 18/7/25

NAME of APPLICANT : Khamar Taj

AGE-YEARS : 57

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : N/o Babu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H/o. 9/95, Shivajinagar, Shambhupalya

Kotaspalya - Bangalore.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : N/A

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

(Attach Proof of Income)

PAN No. : N/A

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

Yes / No

या 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 संबंध
1	Shamima unisa	22	F	wife
2	Ilyaz	30	M	son
3	Intiaz	28	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) यदि बी रेखा 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 गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1	Diagnosis DE - Gut LE - Gut
2	Surgery DE - Gut + PCIO

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 सी 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.

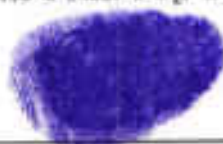
2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

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 (अर्शेक ढा कल)

- 2) वे (आवेष्टक) इस बात से सहमत हैं कि योग-याम, पाठ, श्रोती और विषयक जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रथम उत्तरकें म्यूसियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके हक के इनाम पर आप अंग्रेजी का निपटारा



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISHING DTD 8/8/77)

2. "कोशिका फायवेंडेशन" से तो यह सहायता कोषल विधि प्रकृति की है। लगे व इन्फेक्शन द्वारा दी गई सलाह या किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं इन्फेक्शन को रोक का विचार है और "कोशिका फायवेंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एजेंट नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में लेगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेगी एवं इन्फेक्शन की होती और "कोशिका" को कोई दवा का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

A 3

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
इच्छाकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
तारीख को तारीख

Dr. M. PAVITHRA MBBS.

MS Consultant Ophthalmologist

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

Bangalore Diabetes & Eye Research
Trust, a part of the Eye Care Trust

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE: 91567

पुष्पमी हस्तशतम् ।

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OL BEACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
DIABETES & EYE HOSPITAL)

Unit of Shri Radhika Eye Care (Trust)

www.bangalore-52.com

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तजाल ३