

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/0925/1729

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/925

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Yaseen Ahmed

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Sathur Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

No - 120 Krishnappa Layout Shempur

Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

-H-



pre op post op
1729 Yaseen Ahmed

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या दर्शाएं

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

क्या आप आय का दाता हैं (को खत्म हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र करें)	Nation Card (Attach Copy) राष्ट्रपति कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्रे किरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तपत्र/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा को गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis R.E. Cataract LE cataract
②	Subluxation LE cataract + P.O.A.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद करी है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, मुद्रित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग में कर सकते हैं। यह विवरण मुझे प्राप्त करने के लिए उपयोग में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से वापस नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद मांगेंगे। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत से मदद मांग सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और इसे करने वाले चिकित्सक का चुनाव हमारे और हमारे रोगी के बीच होता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई संबंध नहीं है। इसलिए हमारे रोगी को उपचार प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद मांगने की आवश्यकता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/9/25

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

हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और मुद्रा

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Hospital/Institution)

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Address of Hospital/Institution)

Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहले हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरा हस्ताक्षर 2