

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1844

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jabeen Begum

AGE-YEARS मा-वर्ष

27

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Abdullah Mohammed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Med. Malasandra - Harakat (T)

Bengaluru, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



prop - part of
1844 - Jabeen Begum

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

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 कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर टिक करें) का विवरण लाइसेंस

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 सम्बन्ध
15	Al Veda	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कार्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/निर्देशन के साथ जोड़ें कि वह डॉक्टर द्वारा जारी करें
15	Dr. Jabeen - 20 - cataract 26 - cataract
28	Surgery - 26 - cataract + pvt

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है/

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो वह सहायता जारी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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/en(employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त करने की नहीं है, जो अन्य स्रोतों से प्राप्त किया जा रहा है, जो मेरे लिये है और मैं इसे भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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-out/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 में मैं अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी किया जा सकता है, जिसके माध्यम से वे मेरी छवि और विवरणों को प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है मुझे सहायता का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के अंतर्गत अधिकृत और जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

- 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 फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने के माध्यम से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही सहायता से वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती तो हमें सहायता के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता सिफारिश करने पर हमारे हॉस्पिटल के लिये सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारे हॉस्पिटल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता संगठन का चुनाव मेरी एवं हमारे हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारे हॉस्पिटल में मेरी या हमारे हॉस्पिटल और मैंने अपने को नहीं जिम्मेदार होने एवं सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत: को सिफारिश करेंगे

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Kasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/9/25

Dr. PRITHVI H.L.

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

हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2