

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्यक स्वास्थ्य)



Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1900

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yashin Taj

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

30

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Mr. Mohammed Smithyaz

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान

Sangapalem, Tennay Road

Ergator, Kambhat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान

—



prop - post op
1900 - Yashin Taj

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो कानून से उचित हो सके)

Yes / MC

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	Mohammed Smithyaz	29	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

☒ NPL Card (Attach Card Copy) नएपी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Rajgarh Card (Attach Card Copy) राजगढ़ कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे मदद चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/चिकित्सा प्रमाण पत्रों की प्रतिलिपि संलग्न करें
1	Diagnosis - RE - Cataract LE - p.c.c.
2	Diagnosis - RE - Cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे एवं कहां से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी मदद मिल चुकी है

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 insurance/employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दिया गया होगा तो मेरी आवेदनपत्र एवं सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार का रिफंड या अन्य प्रकार का भुगतान किसी भी अन्य बीमा/कर्मचारी बीमा कंपनी से नहीं करूँगा और न ही भविष्य में 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 its Trustees to: use/publish/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 its 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताए गए उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता मांगी/प्रदान की जा रही है, के माध्यम से, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। यह उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उस उद्देश्य के लिए ही किया जा सकता है, जिसके लिए सहायता मांगी/प्रदान की जा रही है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों द्वारा सहायता देने या उसे जारी रखने का फैसला केवल उनके द्वारा किया जाएगा और मेरी सहमति के बिना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

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

- By affixing hospital's 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा हस्ताक्षर करके "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य संगठन या स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करने का उद्देश्य है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को उपचार और उसके परिणाम और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को उपचार और उसके परिणाम और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shree Siddhanta Hospital Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/9/25	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ Dr. Praveen K. N. M.B.B.S., FRCO, FRCR Medical Officer and Pathologist
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रथम ट्रस्टी का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीय ट्रस्टी का हस्ताक्षर