

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Trust & Hope

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1916

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siraj - Ahmed

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Mo - Abdul Sadek

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : जहाँ आवासीय घर

Chintapanapalya, Barabegalla main Road

Tavalekhal, Barabegalla, Kalyankote

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : जहाँ आवासीय घर




pu ap - put ap
1916 - Siraj Ahmed

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (आप का आय कर संख्या)

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

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 से संबंध
1	Nasira Khatun	51	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्न निम्नलिखित आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से योग्य आधार पर (प्रमाण पत्र की आवृत्ति प्रमाणित करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आधार पर (प्रमाण पत्र की आवृत्ति प्रमाणित करें)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) आवधिकार कार्ड (प्रमाण पत्र की आवृत्ति प्रमाणित करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिफल से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
1	Diagnosis :- Rt - Cataract Lt - Cataract
2	Surgery :- Rt - Cataract + p. U. L.

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 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 प्रकरण में मिले जाने वाली सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब तक है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोडिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग रहा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भी मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकरण में मेरी सहायता या उसके बाद किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भी मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भी मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रति है, उसे मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भी मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 का निशान

**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/cases, 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/cases 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.

हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हमें या हमारे रोगी को "बोडिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता की जा रही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में माग न कर सकते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगियों के लिए या से हो रही है, जैसे कि हमें "बोडिका फाउन्डेशन" से सहायता/उपचार के लिए माग रहे हैं। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने रोगी/रोगियों के लिए या से सहायता/उपचार के लिए माग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगियों के लिए या से हो रही है।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता के लिए माग की जा रही है, उसी या सहायता के लिए माग की जा रही है, जो कि हमारे रोगी/रोगियों के लिए या से सहायता/उपचार के लिए माग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगियों के लिए या से हो रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीकृत के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shraddha Eye Care Trust)****Basanthnagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/2/25

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

डॉक्टर का नाम & रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती शर्मा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती शर्मा 2