

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Trust of life
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

R/0925/1958

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदन करने वाले का नाम

Hameera Shafiq

AGE-YEARS (मनु-वर्ष)

58

SEX-TYPE

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

W/o Mahabub Pasha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का पता)

Kinnasandra Chikamandur

Korataputa (R) Hosangur (H) Khatatals

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता)

Khatatals


 Pre op - post op
 1958 - Hameera Shafiq
OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maid

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आपका पैन नंबर)

 IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 यदि आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)
Yes LMC
हां / 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 आवेदन करने वाले से संबंध
1	Mahabub Pasha	64	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) बीएस सीटी का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Budget Card (Attach Copy) बजट कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन के साथ ही यह उद्देश्य स्पष्ट करें
1	Diagnosis - RE - Cataract 2. Cataract
2	Surgery - RE - Cataract + p. 10

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: NONE SEE NOTE 93.

- 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 Kashiwa 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 पर स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर अवश्यता पक्ष "कीविका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या इसकी को नहीं हूँ, उस पक्ष या व्यक्ति या कम्पनी किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले सकूँ और न ही किसी से लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (update 2011 06/01)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 पर उत्तर देना आवश्यक है। (आवेदक) अपने आवेदन की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता है कि वे वेद नाम, पता, फोटो और कोई-कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, एवं "कोशिका" द्वारा जन्म, पालन/पोषण, इत्यादि से जुड़ी सीईईईसीई और एनसीआईईई के लिए किसी भी प्रकार मासिक से उपस्थित करने में सक्षम अधिकृत है। वे प्रश्न का विचार में इनके को पहले या बाद में करने में सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" से जन्म अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आवश्यक हो एनसीईई से अधिकृत है। आवश्यकता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जन्म अधिकृतियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

JURIS WYKONYWANY NA STANIE NA FINANC



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 100-100)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) 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.

इसके अधिकतम, इलाक़ों की जोता से मजदूरों/लोकों को "कोविड" कायरों/मृतकों से मिलित सहायता हेतु निगरानि की जाती है, किसे इन (इलाक़ों) मिल प्रकाश से चन्द न लीकता बताते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पञ्जीकृतो च विदुः संस्पृष्टः

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of Customer or FIVE-MINUTE Signatory)

on behalf of Hospital

unit of spiracles per lake 110

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

1000

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आपकी इच्छाएं ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायों का अन्वेषण ३

Referring

2020