

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1124/2500

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/11/2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Haseen Tay

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Mohammed Uayas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

51 3rd cross masabek main Road
Chopalapuram Bengaluru Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Astap preop
2500 Haseen Tay

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : सत्यापित कर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे):

Yes / No

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 आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract IF Cataract
②	Surgery RE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापति विरल को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापति राशि "कोशिका काउन्टडौन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में था गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापति हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य सोल/निर्वाचक/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/put-up/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 fulfilment 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 का अपने इलाज या अंगों को छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहायता की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एघम न्यायी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एघम उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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.

इसमें अविच्छिन्न, हस्तक्षर की ओर से माल्लेरींगी को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिक सहायता हेतु सिफारिश की गयी है, जिसे इन (हस्तक्षर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही पक्षिण्य में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य स्थल से उठा रोटी/घासले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिगारिफ/विपति उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विपति अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोटी/घासले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से तो गाँ सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोटी या इन्सुलिन द्वारा भी गाँ सलज या बिपे गने उपचार/प्रक्रिया का पुनर्ग रोटी एवं इन्सुलिन के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए इन्सुलिन में रोटी के इलाज सुरक्षा और अपने खाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं इन्सुलिन की होगी और "कोशिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस घासले में नहीं होगी।

म्यूकली के लिए संयुक्ति

22/4/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Chitambhawan Hospital))

अन्तरिक दृष्ट्या हेतु

न्यासो हस्तस्य ।

न्यायमै इत्युक्तम् २

Exempel

Sc 28