

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0126/3019

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

01/01/26

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mohammed Iqbal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

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

S/o Mohamad Basim

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No- 889, 1st Main Road Malvi Road

J.K. Purvi Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



pre op post op
3019 Mohammed Iqbal

OCCUPATION:
व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

23,000 L

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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 सम्बन्ध
1	Husna Bano	47	F	wife
2	Mohammed Iqbal	17	M	SON
3	Mohammed Raziq	14	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery RE cataract + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कीटिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि, इसका उपयोग उन्ने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ कि, इस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (सहचरता प्रमाण)

- 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-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जल्द इलाका या जगह की जानकारी देने (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता है कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोसि है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, राज, कचक्रक द्वारा इस्तेमाल से कुछी सदसिधियों और उपसिधियों के सिने किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वेत प्रश्न का विवरण को इलाका के पारने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) वे (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि वेत नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माताया को उपदेवों से प्राप्त है पूर्णतः सत्य। सहायता का इलाका नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और अप्रकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इच्छाएं या अंगुष्ठें का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

हमारे अधिकांश, इसलोक की ओर से समलैंगिकों को "कॉलेज काउन्सिल" से विलीन नष्टकरा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हामसाल) निम्न प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पश्चात्त में किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-थामने में लेगे या जो चाहे है, जैसे कि अपने "बोशिया काउन्सेलर" से विचारविनिर्माणित उक्त के सम्बन्ध में "बोशिया काउन्सेलर" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "बोशिया काउन्सेलर" द्वारा सहायता विनिर्णयित अतिरिक्त-सहायता हेतु समुदाय की किय जात है तो अन्ततः किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य अन्ततः से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्ततः द्वितीय परर उक्त ऐंटी-थामने हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से ली लेण-लेगी।
2. "बोशिया काउन्सेलर" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंटी पर इन्ततः द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार-प्रक्रिया का प्रथम ऐंटी एवं इन्ततः के बीच का विषय है और "बोशिया काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई उक्त नहीं है। इसलिये इन्ततः में ऐंटी के इन्ततः सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इन्ततः की होती है और "बोशिया" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr LAKS

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

(A unit of ... on behalf of Hospital)
Vasanth ...

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिप्रेतन की प्रतीति

01/01/24

Dr. P. S. THI. M.D.
M.B.B. 00 500 42nd

Research Center and E

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

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

2010年12月31日

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य उपपन्नं चेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी ब्रह्मशास्त्र ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि २

2012