

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0126/3306

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/1/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Parveen Taj

AGE-YEARS अनु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

W/O - Nazreen Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

H.No - 301, NEAR Madhina Masjid

Devara Jivanahalli Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

-H-

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वयं खोजा 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 संबंध
①	Nazreen Ahmed	63	M	Husband
②	Chand pasha	30	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियत मुची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि



pre op post op
3306 ParveenTaj

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन प्रारंभ करने पर:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पत्र जमा है तो मेरी सहायता निम्न को खारिज कर दी जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से लेना नहीं है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्राचार है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ। मैं इससे या भविष्य में सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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-upreproduce 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 या उत्तर प्रमाण पत्र जमा करने को सत्य प्रमाण, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेड करने, पत्र, संचार/या दूरदर्शन से पूर्ण संचार/या उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या सत्य प्रमाण के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड करने अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्राचार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं/असफल हेतु हमें अन्य स्रोत से सहायता लेनी पड़ेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/या प्रक्रिया का चयन रोगी के रोग/या स्थिति के आधार पर होगा और रोगी के रोग/या स्थिति के आधार पर होगा और रोगी के रोग/या स्थिति के आधार पर होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
TREACH BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
28/11/26


Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर पंजीकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
	