

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0119/0468
 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 08/01/2019

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shaik Shajahan Bi
 AGE-YEARS आयु-वर्ष 70
 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Shaik Abdul Mokid

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 Masjid Street, Kandur, Sonala Mandalam,

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
 Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 30,000/- family income
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 निशान 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
	Four Daughters Married			

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि 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 विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - SICL + TOR

 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 राशी
	B.W. L.E. +	


 0468 0468
 Shaik Sha Shaik Shajahan Bi Shaik Shajahan Bi
 -jahan Bi -an Bi
 post op post op

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य गलत या झूठ है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहाय्य मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहाय्य हेतु यह प्रत्येक नहीं भेजा है, न ही भविष्य में भेजूंगा।

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 its 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 its 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति भरी घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हैं, जसे "कोशिका फाउन्डेशन" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेकपूर्वक प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का निष्पत्ति मेरे हस्तगत के फल के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित है इसके साथ: सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करना। इस प्रत्येक में "कोशिका फाउन्डेशन" एम्प्लॉयी गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, इस प्रकार की और मेरे भरोसेपूर्णता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र भेजा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य निरस्त/अन्यथा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहाय्य को किसी अन्य संस्थान से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल किसी भी तरह सहाय्य हेतु किसी और सहाय्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहाय्य का विवरण एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारे हस्ताक्षर में हमारे के इलाज सुख और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए ही हमारे हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	Dr. SHREYAS BALLAL Consultant (Name of Doctor, Print Name & Stamp) B.W. LIONS SUPER SPECIALITY EYE HOSPITAL	Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) A/cn behalf of Hospital B.W. LIONS SUPER SPECIALITY EYE HOSPITAL
No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002 FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	