

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0119/0471

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shaik Jaffer Ali

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Shaik Khader Basha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Raghavendra Nagar, Piler Town, Piler,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं 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 लगायें)

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
	Abdul	38	M	Son
	Ghouse	35	M	Son
	Althaf	32	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - 8108 + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशि
	B.W. L.F. - 11	



0471 0471
Shaik Jaffer Ali Shaik Jaffer Ali
Pre op Post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरी प्रार्थना और जारी की जा रही है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही किसी भी चीज़।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े जा सकते हैं, वे "कोशिका" एम्बल, नाम, पता/पता सूचक उद्देश्य से मुझे प्रार्थना करने और जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता: फाउंडेशन का हस्ताक्षर नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" एम्बल प्रयोग करने के लिए अधिकृत और जानकारी देने के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

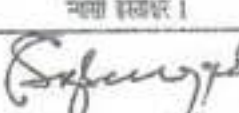
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की नीचे से यहाँ/यहाँ की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट बात यह है कि सहायता सिफारिश करने पर हमें सहायता सिफारिश करने का पूर्ण और पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें पता है कि हमें उपाचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश करने का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में से कि हमें सहायता और जाने की बातें विनियमों से हैं एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	 Dr. SHEETAL BALLAL (Name of Consultant, with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, 100th Cross, 100th Main Road 100th Cross, Bangalore - 560 002	 Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) on behalf of Hospital B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, 100th Cross, 100th Main Road 100th Cross, Bangalore - 560 002
	SIGNATURE OF TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 