

36138

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation

Building Block of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/0320/0683
 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 11/03/2020

 NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Lakshmana
 AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68
 SEX लिंग: m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहस्र का नाम: Senasaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Balsavaddapalli, Kallase Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION: / व्यवसाय: House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 30,000/- (Family Income)
 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	Saraswathi			
2.	Subramani			

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	L.E Left Eye
	SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गये हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
 - 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.
 - 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा से उत्पन्न होने वाले "कार्यकाण्ड का उद्देश्य", से लगे जा रही हूँ, इसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समान विधियाँ किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कार्यकाण्ड का उद्देश्य और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कार्यकाण्ड" एवम् न्यायोचित, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लोगों तक फैलाने के लिए प्रसारण करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" या न्यायोचित अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कार्यकाण्ड" एवम् उसके न्यायोचित का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इसको अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/राशि को "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से कल्पन न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" से सिफारिश/सिफारिश उल्लेख से सम्बंध में "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" द्वारा सहायता मिलने अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता इच्छित पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले लिये जाये।
 2. "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किसी रूप में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कार्यकाण्ड का उद्देश्य" द्वारा किसी प्रकार का कोई संबंध नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही सिफारिश ली एवं हस्पताल को छोड़ने और "कार्यकाण्ड" को कोई पुष्टि या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/05/2020	 Dr. RACHEL JOSEPH DOMS FIG (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्पताल का नाम या हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) B. W. L. ... Hospital 5, S. Lions E.C. Hospital Road Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002
--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोचित हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोचित हस्ताक्षर 2
	