

56128

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation

 APPLICATION No. : B/0320/0684 APPLICATION DATE : 11/03/2020
 आवेदन संख्या : B/0320/0684 आवेदन तिथि : 11/03/2020

 NAME of APPLICANT : C. Examma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56 SEX लिंग : F
 आवेदक का नाम : C. Examma आयु-वर्ष : 56 लिंग : F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : C. Nagamallaiyah
 पिता/सहस्र का नाम : C. Nagamallaiyah

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासस्थ पता
 Uskatapenta, Venkateswari Mandalam,
 0684 0684

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थ पता
 Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.
 C. Examma C. Examma
 Post Op Post Op

 OCCUPATION : House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय : House wife विवाहित (विवाहित) / अविवाहित (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : 36,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय : 36,000/- (परिवारिक आय) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. यहाँ खाल छोड़ें

 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.	Nagappa	89	male	son
2.	Sudhakar	26	male	son
3.	Chennappa	24	male	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) श्रीश्री रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएनएनएनएन का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि/पत्र संलग्न
	DOV
	R.E Right Eye
	SICS + IOL

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ली गई सहायता राशि
	BALLEN	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में विरत रहे सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का अंशिक या सफल विन्या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चर, पाठकों/छाप दूरों उद्देश्य से जुड़ी घोषितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सफल से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के चलते या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सफल सहायता का इच्छा नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सफलकारी 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 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को यहां से सम्बंध-रोगी के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पिटल) विन्य प्रस्ताव से पंथ व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या लेने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्य उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विन्य अंशिक/सफल हेतु प्रकृत नहीं किया जाता है तो हस्पिटल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रदत्त उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेनेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या लेने के लिये सहायता संगठन विन्य प्रकृत की है। रोगी या हस्पिटल द्वारा लेने या लेने के लिये सहायता संगठन का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विन्य है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पिटल में रोगी के प्रत्यक्ष सुधार और जाने जाने को सही विन्येच्छा रोगी एवं हस्पिटल को होती और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विन्येच्छा इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/03/2020</p>	<p><i>Dr. RACHEL JOSEPH</i> DONS EIG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका के रजि. नं.</p>	<p><i>Jyoti Deshpande</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) R.W. Road, Bangalore - 560 002 J.C. Road, Bangalore - 560 002</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarjani</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>J.C. Road</i></p>
--	--