



56118

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: B/0320/0685		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 4/03/2020		 0685 0685 Yezamma Yezamma Pre Op Post Op	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Yezamma		AGE-YEARS वयु-वर्ष: 65	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम: Venkataiah		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासिय पता			
		Kavalpalli, Piler Mandalam,			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासिय पता			
		Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.			
OCCUPATION व्यवसाय: House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 38,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. सवाई 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 लगावे):		Yes / No हां / 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	
1.	Shreenivasala	59	male	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मरे किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न				
	DOV				
	R.E Right Eye				
	SICS / IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			
	BINLEH				

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.
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले लगे सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी जानकारी विना को वापस करती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सौदा करती हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु न तो प्रत्यक्ष को नहीं है, उस एजेंट का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/व्यक्ति/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एलन, प्रसारण, प्रकाश/या अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग करें और/या जानकारी प्रसारित करने के लिए मेरी तस्वीरों और विवरणों का उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलन उसके भरोसे का निर्णय लेगा और वापस करती होगी।



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का चित्रण



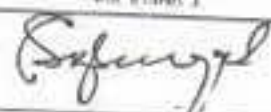
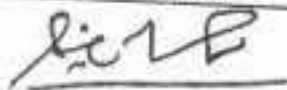
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
 - इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकरण से धन्य व 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 लिए या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सकारा हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस यकीन में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा माया हेतु उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे लगे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लगे लगे सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई दायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आने जाने की सभी सुविधाएँ लगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/03/2020	 DR. RACHEL JOSEPH DOMS FIG (Name of DE & Regn, with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B. H. Hospital Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--