

56126



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)
 स्वास्थ्य देखभाल

APPLICATION No: B/0320/0687 APPLICATION DATE: 11/03/2020
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Saalamma AGE-YEARS: 62 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: chinnamallu
 पिता/ससुरा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Maskiyalpete, Yerrampalli Mandalam,
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Piles, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.
 स्थायी आवासीय पता

0687 0687
 Saalamma Saalamma
 Pre Op Post Op

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

TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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
1.	Nagamallayah	40	male	son
2.	Ramanamma	38	female	daughter
3.	Renukamma	35	female	daughter
4.	Lalithamma	30	female	daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया जति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और यह सहायता राशी
	BULETH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान वाचक से:

- 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 यथा सत्य हूँ कि इस प्रकरण में विवेचन एवं चिकित्सा योग्यता के अनुसार लाभ एवं सहायता को मैंने प्राप्त करने के लिए सही विवरण एवं सत्य जानकारी प्रदान की है।
- 2) मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा रखा है।
- 3) मैं यथा सत्य हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ प्राप्त किया है और न ही भविष्य में ऐसा करने का इरादा रखा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान वाचक)

- 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 is the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों का दान करके, मैं (आवेदन दान वाचक) अपने सहयोगियों को सूचित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, साक्षर/या अन्य उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदन दान वाचक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन दान वाचक का अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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, हमसहयोगियों को और से प्राप्त/पैमेंट को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का इरादा रखा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त/पैमेंट प्राप्त नहीं होता है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त/पैमेंट प्राप्त करने का इरादा रखा है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त/पैमेंट केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और अपने कर्तव्य को पूरी तरह से निभाने का इरादा रखा है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसृति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख
11/03/2020

Dr. RAJESH JOSEPH DOMS FIG
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

[Signature]
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे द्वारा हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
No. 5, Lions Club Hospital Road
Old 5C, Road, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
[Signature]