

S6116

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या: B/0320/0688 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 11/03/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Savithamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रवधु का नाम: Rama Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता: Grosantapalli, K.V. Palle Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अस्थायी पता: Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 40,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 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.	Amar Nath Reddy	34	male	son
2.	Sutechana	35	Female	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

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

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



0688 0688
Savithamma Savithamma
Bu Ep Piler Ep

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवम् कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 (2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोशिका फाउन्डेशन", से सौदा कर रहा हूँ, इसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता दिया है।
 (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का आर्थिक या वस्तुतः किसी अन्य प्राप्तिप्राप्तकर्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सौदा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 fulfilment 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "बोशिका" एवम् न्यायोपयोग, दान, धारण/पुस्तक उद्देश्य से कुछी गतिविधियाँ और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण को प्रस्ताव को पहले या बाद में करने के लिए "बोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपयोग है।
 (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यायोपयोग का निर्णय न्यायोपयोग और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्तिप्राप्तकर्ता को "बोशिका फाउन्डेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं।
 (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, यदि कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकार/नकारा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सहायकारी संस्थान या किसी अन्य सहायकारी संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्तिप्राप्तकर्ता हेतु किसी भी सहायकारी संस्थान या किसी अन्य सहायकारी संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
 (2) "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का विवरण एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसीप्रकार हस्ताक्षर में रोगी के प्रस्ताव सुरक्षा और जाने जाने को सही निर्णयदात्री रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "बोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 Dr. RACHEL JOSEPH DOMS FIG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पता, र.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. J. Hospital No. 5, Lions Road, Hospital Road Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	