

23472

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: B/0518/0082 APPLICATION DATE: 08/05/2018

NAME of APPLICANT: Gangulamma AGE-YEARS आपु-वर्ष 60 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Yellappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kartapalli Road, Piler Town, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45,000 - [family income] (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य 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 लगाएं)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 सम्बंध
	Thimmaiah	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये शिवली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DoV Left Eye
	LE - 8 ICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	B.W. L. E. H	

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 बोलना चाहता हूँ कि इस प्रारूप में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तव पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी दृष्टि जो स्थापना राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में गत गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस स्थापना हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त विरस किसी अन्य फ़ौलनियोककारीक/कीम कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी समझति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका काउन्सिल और उसके न्यासीयों" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखित है, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, राज, रायचन्द/या दूसरे उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन्य से प्रस्तुति करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहले या बाद से करने के लिए "कौशिका काउन्सिल" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कौशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



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:

- 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 अविच्छिन्न, हस्तक्षेप की ओर से माया/वीर की "कौशिक पावन-दंडा" से विविध साक्षात् होतु विघटित की जाती है, जिसे हम (इन्द्रजित) विभिन्न प्रकार से माया व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो भारतीय और न ही अल्पसंख्यक विविध साक्ष्यक किसी भी सरकार को सहायता या किसी अन्य लक्ष्य से उक्त घोषणामें में जोर या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से शिवराज/विपक्षी उक्त को सम्बंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मनुकु नहीं किया जाता है तो अव्यवस्थित किसी अन्य और सरकारों संस्था या किसी अन्य समर्थन से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्थित द्वितीय मरने उक्त घोषणामें हेतु किसी और सरकारों संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका पाठ्यपठन" में ली गई व्याख्या कोषात विहित प्रकृति की है। लेखी या हस्तलिखित रूप में ली गई व्याख्या या विषय में उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरीके एवं हस्तलिखित के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा विहित प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिए हस्तलिखित में लेखी के हस्तलिखित रूप और लेखी के साथी विषयों में लेखी एवं हस्तलिखित की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या विषयों में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/05/2018	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सह. च.	Dr. Gayathri Krishna (Name, Designation of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lions Eye Hospital Road 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 	