

29740

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0918/0257

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

B. Rajareddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Venkataswamyreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kalihim, Kalihim Mandalam, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षय संलग्न)

PAN No. स्थाई 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

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
Three Daughters Married				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DoV Left Eye
	LE - 8108 + 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 एतु गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	

0257 0257
Rajareddy Rajareddy
Pre op Post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) I hereby confirm that all details
liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose for which it was requested by me. I will not seek reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in whole, for the expenses incurred 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 सत्य नहीं है तो मैं अपने द्वारा दिये गये विवरण के लिए उत्तरदायी हूँ।
 - 2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना को ग्राह्य है, उक्त एवम् का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य व्यक्ति/निगम/कोष/काम्यो से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये)**

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान करण)

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सन्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, सचिव/सहायक द्वारा उद्देश्य से मुझे पत्रोक्तिविधों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे तथा सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हातकाय न अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (यह सही है या नहीं)

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:

- By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for Recommendation, (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 द्वारा यहाँ, सिग्नेचर के द्वारा, हमारा अनुमोदन, (हॉस्पिटल) यहाँ पर निम्नलिखित बातों का स्वीकार करेगा:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में, न ही भविष्य में किसी अन्य एनजीओ या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, क्योंकि हमें कशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि कशिका फाउंडेशन द्वारा वित्तीय सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य एनजीओ या किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें कशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है, कि हम किसी अन्य एनजीओ या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त करेंगे।
 - 2) कशिका फाउंडेशन द्वारा दी जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे द्वारा उपचार/प्रक्रिया की जाने वाली रणनीति, हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगी, और इस पर कशिका फाउंडेशन का कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हमारे द्वारा उपचार की जाने वाली रणनीति और रोगी की सुरक्षा के लिए हम पूरी और अलग-अलग जिम्मेदारियाँ धारण करेंगे, और कशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

हमारे अध्यक्ष, इसाहारी की ओर से समर्थन/लेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रकट से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि वे वर्तमान और न हो अधिक्य में वित्तिय सहायता किसी रैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त रोगी/मर्रासे से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रैर साकारी संस्थान या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मर्रासे हेतु किसी रैर साकारी संस्थान या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठ्यपठन" से तो गई साक्षरता केवल विधि विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमला करने का कोई मर्म नहीं है। इससे हमला करने से ऐसी के द्वारा शिक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला करने वाली और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL,
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
B.W. Lions Society on behalf of Hospital)

No. 1000 के पर हस्ताक्षर अधिष्ठाता अधिकाारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Exempel

1228