

29760

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0918/0265

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/09/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramaiah R

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Elappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kodapalli, Piles Mandalam, Piles.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Chittoor dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर छुता है (को 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
	Vijayabalasubram	37	M	Son
	-anyam			
	Shivakumar	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये विनियत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DoV Left Eye
	LE - SIC8 + 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 ली गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	



0265 0265
Ramaiah R Ramaiah R
Pre op post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

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 योजना बता रहा हूँ कि इस प्रकार से दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुशासन एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात को सहायता एवम् "कोईकहा फाउन्डेशन", मेरी बात सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का आशय या समस्त विवरण किसी अन्य कोटिंग/नियोक्ता/कीमती कम्पनी से न ले लिया है और न ही परिधि में नहीं।

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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सम्पत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एग्स न्यायी, दान, सहायता/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण सत्य: सहायता का उपकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एग्स उसमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्तक्षर या अंगुठे का निशान



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:

- (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 हस्ताक्षरी की ओर से मामलें/रंगों को "भौशिक फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विन्य प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकृत, हमसहारी की ओर से मायलेदारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से संबन्धित साधना हेतु समर्थता की जाता है, जिसे हम (हमसहारी) अपने प्रत्येक सदस्य के लिए प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो व्यक्ति और न ही संस्था में किसी सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उम्मा टोपी/मालते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षाविद्/विनिर्दिष्ट उम्मा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सफल हेतु समर्थता नहीं किया जाता है तो असम्मान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मान द्वितीय मदद उम्मा टोपी/मालते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेते हैं सहायता केवल विविध प्रकृति की है। टोपी पर हमसहारी द्वारा दो गई सहायता या बिना गये उपवास/प्रक्रिया का ध्यान टोपी एवं हमसहारी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए हमसहारी में टोपी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं हमसहारी की होती और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

संस्कृतो के लिए संस्कृति

05/09/2018

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
B. W. ...
No. ...
(Off. J. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA)

B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002

न्यायी हस्ताक्षर ।

नवम्बर २