

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0918/0273

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

G. Bhagyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Subramanyachary

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rampachemb cross, Rampachemb Mandahm

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Pile, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/- [family income]

(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 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
No Childrens				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - SICL + 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 कितनी सहायता मिली
	B.W.L.E.H	

0273 0273
Bhagyamma Bhagyamma
Pre op Post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा नमः

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 hereby confirm that the information furnished by me to the Keshav Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is being granted.

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. I further certify that I will not, in the future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kosiada Foundation, will be used only for the purpose for which it 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.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of financial assistance from any other source for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा पाया जाता है, तो मैं अपने आप को दोषी मानूँगा।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एमि "कारिशा फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में पाया गया है।

2) मैंने द्वारा जो सहायता एग्री "कोरिफा काउन्सिल", से ली जा रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए करना है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही धारण में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 इससक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेज फाउंडेशन और उसके ग्यारीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, _____

[illegible]

मे प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विचार मेरे इरादों के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" 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 प्रेषित है मुझे रखत; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोनिका" प्रकथ उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 recommending the treatment, the Hospital (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.

The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the basis of the medical condition of the patient is not influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/consented by the Hospital, 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हमसहचर की ओर से सामल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जितने हम (हमसहचर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो बर्मान और न ही भविष्य में विविध महापत किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त छोटी/मामूलों में जैसे या जे मई है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" को सिविलीयनियर्सि उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिशय/सम्भव हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो असम्भल

[illegible]

यै सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से सी गई सहायता केवल विधि प्रवृत्ति की है। रोगी पर हमला ड्रा री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला
के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमला में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में सी. पी. बहलवाणी द्वारा विषय में प्रस्तुत की गई जानकारी के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषये इम्तहान में देनी के इराज सुरक्षा और अपने ज्ञान का साफ निष्पत्ती देना एवं बहलवाणी की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या निष्पत्ती इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL DALLAL
Consultant

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

B.W. Lions Super Special Hospital
No. 57 Lions Byel Hospital Road

ಶಿವ ಕುಮಾರ್ ಬೆಂಗಳೂರು - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

lieve