

29720

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0918/0296

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Easamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हठुम का नाम

Kempanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kulavapalli, Pulichela Mandalam, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/- [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 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
	Venkataramana	30	M	Son
	Three Daughters		Married	

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिये गयी है?

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



0296 0296
Easamma Easamma
pre op post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की: _____
 To the best of my knowledge, Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any.

- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, for the expenses incurred for which this assistance is requested.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 [Name of the Agency] and its decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि परीचर, पता, फोटो और विवरण जो कि सत्यापन के तहत प्रस्तुत किए गए हैं, वे सही हैं।
"कोशिका" दृश्य इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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: ☐ Financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- in the matter. हमारे पास कोई भी दस्तावेज नहीं है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से माया व भोका करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
A. W. Loper

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

B.W. Lions Super Specialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road

ಜನಕಾಚಾರ್ಯ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्रथमो हस्ताक्षर ।

Exbury

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2018