

31485

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1018/0352

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/10/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chinnareddy Basa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Rasool Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Duggamavarampalli, Piler Mandalam, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cooie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

39000/-

(Attach Proof of Income)

(आय 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 भान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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
	Two Daughters Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम 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 राशी
	B.W.L.E.H	



0352 0352
Chinnareddy Chinnareddy
Basa Basa
pre op post op

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचन/यजमान द्वारा उद्देश्य से कुछी प्रतिबंधितों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिये अभिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या बाद से करने के लिये "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिभूत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण भी कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कौशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आंध्रप्रदेश के इलाहाबाद या अंगूठे का स्थान



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:

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अविष्कृत, हस्तक्षेप की ओर से गायलेपेगी को "कोशिका कायन्देशन" से विविध सहायता हेतु सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (हमजगत) निम्न प्रकार से सम्य व समीक्षा करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान्न और न ही पवित्र्य में विविध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभर ऐसी/यामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालय/विश्वविद्यालय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखा है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उभर ऐसी/यामने हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता कंपल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमकातल द्वारा ही नई सहायता या किये नये उपचार/उद्विषा का पुनः लेगी एवं हमकातल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये हमकातल में ऐसी के इलाज सुखा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमकातल की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

10/10/2018

(Name of Dr. & Regit. No. with Stamp)
B. W. डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. Hospital

Jyothi Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 54, Lions Eye Hospital Road
Off. I.C. Road, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासो ह्यन्तःपुरः ।

म्यासी इस्ताशर २

Satzung

liezt