

32939

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1118/0362 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 06/11/2018

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Rathnamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 52 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम Rajaiah. K

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Putlavarampalli, Suddum Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: व्यवसाय Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 45,000/- [family income]

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आयकर पत्रक हैं (जो मान्य 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 |
|                             | Srinivasulu                                    | 30                      | MA          | Son                                          |
|                             | Krishna Babu                                   | 27                      | MA          | Son                                          |
|                             |                                                |                         |             |                                              |
|                             |                                                |                         |             |                                              |
|                             |                                                |                         |             |                                              |
|                             |                                                |                         |             |                                              |
|                             |                                                |                         |             |                                              |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती 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 सबूत |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | DOV Left Eye                                                                              |
|                     | LE - 27x28 + 20L                                                                          |
|                     |                                                                                           |
|                     |                                                                                           |
|                     |                                                                                           |
|                     |                                                                                           |
|                     |                                                                                           |

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                              |                                                      |
|                     |                                        |                                                      |
|                     |                                        |                                                      |
|                     |                                        |                                                      |



0362 0362  
Rathnamma Rathnamma  
Pre op Post op

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की राशि, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्बल्म, चित्र, प्रकाश/प्रकाश द्वारा उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के खिले या नहीं से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे लक्ष्य के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सत्यता पर हस्ताक्षर कर हस्ताक्षर कर लेना। इस संबंध में "कोशिका" एम्बल्म उसकी गतिविधियों का निर्माण और माध्यमों द्वारा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

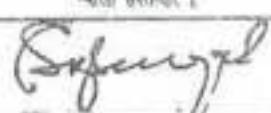
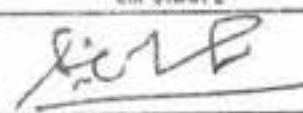
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

- 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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे संयोजक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता सौंपना चाहते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त कर किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय पदर उस स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोषा निहित प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी गरीब उपचार/प्रक्रिया का प्रचलन एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के इलाज सुझा और अपने खर्चे को जारी निम्न/ऐसी एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका" को कोई दायित्व या निम्न/ऐसी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>07/11/2018</p>                               | <p><br/><b>Dr. SHEETAL BALLAL</b><br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण संख्या के साथ हस्ताक्षर<br/>B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital<br/>(Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002)</p> | <p><br/><b>Jyothi Deepak</b><br/>Administrator<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory)<br/>B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital<br/>No. 1, J.C. Road, Bangalore - 560 002<br/>हस्ताक्षर के नाम, पद और हस्ताक्षर के साथ हस्ताक्षर</p> |
| <p>No. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</p>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p>                                       | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p></p> | <p></p>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |