

32943

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/1118/0384		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/11/2018	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Reddamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Ramachandra Reddy			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Thanguturuvoipalli, Chionaga, Elikallu Ma			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता ndalam, Piler, 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 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
Three Daughters Married			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्तृ 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न		
DOV Right Eye			
RE-8108+101			
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 लिये गई सहायता राशि	
B.W.L.E.H			



0384 0384
Reddamma Reddamma
Post 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सही नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, मुझे सहायता हेतु प्रदान की जा रही है, के माध्यम से मेरी सहायता हेतु प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

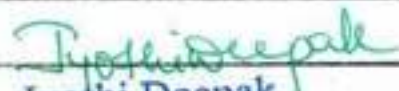
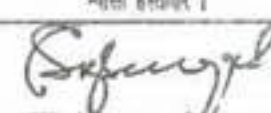


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से करने/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु प्रदान करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल वित्तीय सहायता के लिए ही प्रयोग किया जाएगा। हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमारे पास कोई भी भुगतान नहीं है। हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमारे पास कोई भी भुगतान नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/11/2018	 DR. SHUBETA BALLAL Consultant (Name of Dr. to be filled with Stamp) B.W. Lions Speciality Hospital No. 5, Lion's Eye Hospital Road (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002	 Jyothi Deepak Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) B.W. Lions Speciality Hospital No. 5, Lion's Eye Hospital Road (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 