

32960

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/1118/0393

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/11/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narayana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Changamah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gajulapalli, Rampachota Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

P. No. Chittoor dist, Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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
	Venkatesh	30	M	son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी 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 Left Eye
	RE - IOL + 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 सी गई सहायता राशी
	B.W.L E.H	



0393 0393
Narayana Narayana
Por op por 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवधि नहीं चाहूँ, जो भविष्य में मेरी आय, या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मिलने वाली हो और मैं इस सहायता को खारिज कर दूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "मेरी अर्जित सहायता" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, चार, साप्ताहिक दूरदर्शन से कुछ मीडिया चैनलों और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म पर विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अर्जित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रसारित है। फाउंडेशन का इसका कोई भी अधिकार नहीं है। इस फॉर्म पर "कोशिका" एम्प्लॉयी, चार, साप्ताहिक और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित होगा।

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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मार्गदर्शक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे यदि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से भरने के लिए अधिकार सुरक्षित रखना है। इस फॉर्म पर सहायता के लिए अनुरोध करने के बिना या बिना हमारे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अर्जित है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारे हस्ताक्षर के बिना या बिना "कोशिका फाउंडेशन" का चुनाव नहीं किया जाएगा और हमारे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हमारे नाम के बिना या बिना "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने पर हमारे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/11/2018	 Dr. SHETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lohit Road, Bangalore - 560 002	 Jyothi Deepak Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lohit Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
		