

32955

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1118/0395

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/11/2018

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम Siddaiah



0395 0395
Rajamma Rajamma
Pre op Post op

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kodigamipalli, Bodampalli, Piler Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता 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 सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राजा है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No
हां / 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
No Children				

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 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 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
	LB SIOB + IOI

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 राशि
	B. H. L. E. H.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्यता का दावा किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, ठीक "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, फार्मासी/दुकान/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छित उद्देश्य या मद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में लंबी अवधि के लिए है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर/उद्देश्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

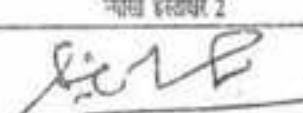
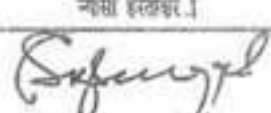


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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, in 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 करने वाले से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सिफारिश/प्रक्रिया हेतु प्रदान की जा रही है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज में उल्लेख है कि अस्पताल वित्तिय प्रदान करने के लिए सहायता हेतु सिफारिश करेगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय सहायता का कोई स्वरूप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/11/2018	 Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Doctor to be signed with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lions Super Speciality Eye Hospital Road (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002	 Iyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Administrator B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lions Super Speciality Eye Hospital Road (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामाली हस्ताक्षर 2 
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामाली हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामाली हस्ताक्षर 2 