

34409

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/1218/0411

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 04/12/2018

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shahajan Bi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Abdul Wazed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kandamala Mandalam, Pithi,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय
TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

35,000/- (Family income)

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Four Daughters 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 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RDV Right 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 ले गई सहायता राशी
	B.W. L.E. 11	



0411 0411
Shahajan Bi Shahajan Bi
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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं दूँगा, इस मदद का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के न हो सके है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, पत्र, साप्ताहिक/दूरदर्शन में प्रसारित करने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का निरस्त मेरी सहायता को प्रदान करने या जारी रखने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित है मुझे सहायता प्राप्त होकर नहीं बल्कि इस माध्यम से "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्माण वित्तिय और सफलता की ओर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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 सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु माग की जा रही है तो अन्य सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले स्रोत/सिफारिश हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या निवेदन करने उपलब्ध/प्रदान का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को घोषित का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीसे हस्ताक्षर से रोगी को हस्ताक्षर द्वारा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारी होगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/2018	 Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 9, Lions Eye Hospital Road, (Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002)	 Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 9, Lions Eye Hospital Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2	
		