

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1218/0415

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayaramreddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

Subbarreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ayyavampalli, Vayalapadu Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist. Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(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 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
	Two 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
	DOV Left Eye
	LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थक 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 Koehika 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन प्रमाण आदि प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "व्यक्तिगत आवश्यकता", से तो वांछी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या समकित विवरण किसी अन्य कोटिनिर्धारक/व्यक्ति/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ से सहमत हूँ कि "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, या, याचना/प्रार्थना द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रकाशनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न पर विचार में हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं प्रदान करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

अधोदक को हवावात या लंगों के निदान

১২ অক্টোবর

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठाता, एमएलसी और डॉक्टर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पानगी में लगे या ले जाये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिखी सहाय को सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिसूचना/सहायता हेतु माग्यु नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान में सहायता सेने कर अधिष्ठाता सुनिश्चित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित वित्तीय मदद सहायता/पानगी हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं होगी/पानगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। ऐसे कर हस्पताल द्वारा दो नई सहायता या क्रिये नये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्पताल के बीच का नियम है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे को उपचार सुझा और जाने जाने को सार्वत्रिक/प्राप्त होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या निश्चयपूर्वक रूप पानगी में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसुद्धि

Date of Surgery
अपरेशन को समय
05/12/2018

DR. SHEETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
B.W. LIC. 10/11/2011
No. 10/11/2011
(O.S.) C. FOR INTERNAL USE of KOSHO

Jyothi Deepak
(Name, Designation and Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 57, 1st Cross, 1st Stage, 1st Block
Old Madhav Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर !

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exempel

File