

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1218/0417 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 01/12/2018

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Narasimhalu AGE-YEARS आयु-वर्ष 66 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Chinnakadisappo

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kannappayya Varipalli, Vayabypadu Mandab...

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Piler, Chittoor Dist., Andhra Pradesh.



0417 0417 Narasimha lu Narasimha lu pre op post op

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. 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 चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Table with 5 columns: 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. Handwritten entry: One Daughter Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

Table with 4 columns: 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) उपभोक्ता 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:

Table with 2 columns: Sr. No. क्रम संख्या, Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न. Handwritten entry: DOV Right Eye, Rx - S.I.C.S + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Table with 3 columns: Sr. No. क्रम संख्या, NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED री गई सहायता राशी. Handwritten entry: B.W.L.F - H

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एंव सचन अथवा सचन गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग करती इतरक की पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्रबंधन की गई है, इस धर्म का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करार)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायो" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हैं, उन्हें "कोशिका" संघ, पत्र, साप्ताहिक/दूरदर्शन से मुद्रित विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सचन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एंव उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अपर्यायणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेरक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

Jyothi Deepak

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 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.
- हमने अधिपू, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सचन व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी उद्देश्य/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया जाता है कि सहायता वित्तीय और उक्त उद्देश्य/सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का विवरण सचन/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को ही सचन का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और उनके जाने की सहायता/रोगी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सहायता/रोगी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि</p> <p>05/12/2018</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. SIBETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) B.W. Hospital अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>[Signature]</i> Jyothi Deepak (Name, Designation & Address of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 31, Lions Super Speciality Hospital अस्पताल का नाम व पता Road, Bangalore - 560 002</p>
---	--	--

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---