

34400

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1218/0422

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ammamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Nagesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Ganaimetta, b.v. palli Mandalam, Pith

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पता

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)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल 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 विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 सक्षम
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - 2208 + 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	



0422 0422
Amma Amma
-mma -mma
post 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं झूठ साबित होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एकाग्रता, दान, प्रचार/प्रसारण के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को चलाने या बंद करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे इस बात का अहसास नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकाग्रता भरोदारों को निरीक्षण अधिकार और प्रचार/प्रसारण 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.

हमारे अधिकृत, इसकाफ़ी की ओर से प्रारोपण की "कोशिका फाउन्डेशन" को सिद्धि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिद्धि प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिद्धि/अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी सिद्धि/प्रदान प्राप्त होने पर हस्पताल को सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। चूंकि यह हस्पताल द्वारा ही चलाया जा रहा है इसलिए हस्पताल को सहायता सुरक्षा और ज़रूरत को सही विधेयता देने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने के दौरान सुरक्षा और ज़रूरत को सही विधेयता देने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/12/2018

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Jyothi Deepak
Jyothi Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Hospital
No. 1, B.W. Lions Hospital Road
Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2

[Signature]