

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0426

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Krishnamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Krishna Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ankilavarpalli, Durgam Cheruvu, Chinragallikola

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Mandlam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

39000/- Family income

(Attach Proof of Income)
(आप 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 लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कब विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - 8108 + 101

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

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



0426 0426
Krishnamma Krishnamma
Poc op Poc op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा करता है:

- 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 विवरण पूर्ण रूप से अथवा आंशिक रूप से गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद के लिए, मेरा उद्देश्य पूरी पूर्णता के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पूरा अवधि की नहीं हूँ, इस प्रति का अधिकतम या उचित किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस बात)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्बल्म, चित्र, साक्ष्य/प्रमाण द्वारा उद्धरण से बड़ी मीडिया/प्रिंट और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म, चित्र, साक्ष्य/प्रमाण का प्रसारण और उपयोग होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस बात)

- 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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के उक्त रोग/प्रकार से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/करायेगी हेतु अनुरोध की बिना बात है तो हम/हमारे किसी अन्य और बाह्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बात बता है कि हम/हमारे द्वारा उक्त रोगी/प्रकार हेतु किसी भी सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/करायेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय इच्छा की है। रोगी पर हस्ताक्षर इस पर कि सहायता का निर्देश हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित रखे जाने को सही विवेचनी होती एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या विवेचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रेषित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SOHETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 10, 1st Stage, 1st Cross, 1st Main Road, Bangalore - 560 002

Jyothi Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 10, 1st Stage, 1st Cross, 1st Main Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बर 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बर 2 हस्ताक्षर

[Signature]

[Signature]