

34392

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0433

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

04/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Narayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Maballa, Kathapalli, Gundluru, Kakuram

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Mandalam, Piler, 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)

(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 लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Reddy Shekar                                      | 30                         | M              | Son                                             |
|                        | Three Daughters                                   |                            | Married        |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                        |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>सामान्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Left Eye                                                                                 |
|                        | LE - STC8 + DOV                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | B.W.L.E.H                                 |                                                         |



0433 0433  
Mangamma Mangamma  
Poe op Posit op

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस पर किसी भी तरह का रिफंड या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रेषित कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवं मेरी पता, पता/पता द्वारा करेगा कि मेरी व्यक्तिगतता और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रत्येक का निराला हो जाना के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व मेरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है और स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 यहाँ/यहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी कारणवश नहीं प्रदान की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करके उपचार लेने हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कंपनी वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही यह निर्णय कि किसे मदद दी जाएगी या नहीं। हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के द्वारा सुझाव और अपने चाने की पूरी जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/2018</p> | <p><b>Dr. SURESH BALLAL</b><br/>Consultant<br/>KMC No. 56304<br/>(Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर का पता व पंजीकरण नंबर</p> | <p><b>Jyothi Deepak</b><br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory)<br/>B.W. Lions Super Speciality Hospital<br/>No. 5, Lions Eye Research Road<br/>अधिकृत हस्ताक्षर का पता व पंजीकरण नंबर</p> |
| <p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नम्बरी हस्ताक्षर 1</p>         | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नम्बरी हस्ताक्षर 2</p>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
| <p><i>[Signature]</i></p>                                    | <p><i>[Signature]</i></p>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                |