

34719

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1218/0436

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkatabramana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Sharovanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Balaramapalle, Regula Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

P.O. Chittoor Dist. Annapurathur

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/- family income

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली रखें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

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
	Venkatabramana	35	M	son
	Rajanna	32	M	son
	Babu	30	M	son
	Four 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) 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:

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

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 ली गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	

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 योधन कता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से रही या रहे है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य सोर्सिमेम्बर/कॉम्पनी 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, छात्र, कार्यकर्ता दूसरे उद्देश्य से बुद्धी योजितियों और उपस्थितियों के निम्न जितनी भी प्रस्ताव प्रस्तुत करे प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।

2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकाएक नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेक के हस्तक्षार या अंगुने का गिराने



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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम जो मरीज और न हो मरियम में वित्तीय सहायता विनोद की सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में से कोई एक से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद सहायता को मान्यता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अतिरिक्त/अन्य हेतु समुदाय नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य की सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने या अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रत्येक तरह पर उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी की सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सर्व सहायता या किसी अन्य सहायता/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में से कोई एक से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद सहायता को मान्यता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अतिरिक्त/अन्य हेतु समुदाय नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य की सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने या अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रत्येक तरह पर उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी की सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

स्वीकृती के लिए संसदीय

Jyothi Deepak

B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 30/35, 36/37, 38/39, 40/41, 42/43, 44/45, 46/47, 48/49, 50/51, 52/53, 54/55, 56/57, 58/59, 60/61, 62/63, 64/65, 66/67, 68/69, 70/71, 72/73, 74/75, 76/77, 78/79, 80/81, 82/83, 84/85, 86/87, 88/89, 90/91, 92/93, 94/95, 96/97, 98/99, 100/101, 102/103, 104/105, 106/107, 108/109, 110/111, 112/113, 114/115, 116/117, 118/119, 120/121, 122/123, 124/125, 126/127, 128/129, 130/131, 132/133, 134/135, 136/137, 138/139, 140/141, 142/143, 144/145, 146/147, 148/149, 150/151, 152/153, 154/155, 156/157, 158/159, 160/161, 162/163, 164/165, 166/167, 168/169, 170/171, 172/173, 174/175, 176/177, 178/179, 180/181, 182/183, 184/185, 186/187, 188/189, 190/191, 192/193, 194/195, 196/197, 198/199, 200/201, 202/203, 204/205, 206/207, 208/209, 210/211, 212/213, 214/215, 216/217, 218/219, 220/221, 222/223, 224/225, 226/227, 228/229, 230/231, 232/233, 234/235, 236/237, 238/239, 240/241, 242/243, 244/245, 246/247, 248/249, 250/251, 252/253, 254/255, 256/257, 258/259, 260/261, 262/263, 264/265, 266/267, 268/269, 270/271, 272/273, 274/275, 276/277, 278/279, 280/281, 282/283, 284/285, 286/287, 288/289, 290/291, 292/293, 294/295, 296/297, 298/299, 300/301, 302/303, 304/305, 306/307, 308/309, 310/311, 312/313, 314/315, 316/317, 318/319, 320/321, 322/323, 324/325, 326/327, 328/329, 330/331, 332/333, 334/335, 336/337, 338/339, 340/341, 342/343, 344/345, 346/347, 348/349, 350/351, 352/353, 354/355, 356/357, 358/359, 360/361, 362/363, 364/365, 366/367, 368/369, 370/371, 372/373, 374/375, 376/377, 378/379, 380/381, 382/383, 384/385, 386/387, 388/389, 390/391, 392/393, 394/395, 396/397, 398/399, 400/401, 402/403, 404/405, 406/407, 408/409, 410/411, 412/413, 414/415, 416/417, 418/419, 420/421, 422/423, 424/425, 426/427, 428/429, 430/431, 432/433, 434/435, 436/437, 438/439, 440/441, 442/443, 444/445, 446/447, 448/449, 450/451, 452/453, 454/455, 456/457, 458/459, 460/461, 462/463, 464/465, 466/467, 468/469, 470/471, 472/473, 474/475, 476/477, 478/479, 480/481, 482/483, 484/485, 486/487, 488/489, 490/491, 492/493, 494/495, 496/497, 498/499, 500/501, 502/503, 504/505, 506/507, 508/509, 510/511, 512/513, 514/515, 516/517, 518/519, 520/521, 522/523, 524/525, 526/527, 528/529, 530/531, 532/533, 534/535, 536/537, 538/539, 540/541, 542/543, 544/545, 546/547, 548/549, 550/551, 552/553, 554/555, 556/557, 558/559, 560/561, 562/563, 564/565, 566/567, 568/569, 570/571, 572/573, 574/575, 576/577, 578/579, 580/581, 582/583, 584/585, 586/587, 588/589, 590/591, 592/593, 594/595, 596/597, 598/599, 600/601, 602/603, 604/605, 606/607, 608/609, 610/611, 612/613, 614/615, 616/617, 618/619, 620/621, 622/623, 624/625, 626/627, 628/629, 630/631, 632/633, 634/635, 636/637, 638/639, 640/641, 642/643, 644/645, 646/647, 648/649, 650/651, 652/653, 654/655, 656/657, 658/659, 660/661, 662/663, 664/665, 666/667, 668/669, 670/671, 672/673, 674/675, 676/677, 678/679, 680/681, 682/683, 684/685, 686/687, 688/689, 690/691, 692/693, 694/695, 696/697, 698/699, 700/701, 702/703, 704/705, 706/707, 708/709, 710/711, 712/713, 714/715, 716/717, 718/719, 720/721, 722/723, 724/725, 726/727, 728/729, 730/731, 732/733, 734/735, 736/737, 738/739, 740/741, 742/743, 744/745, 746/747, 748/749, 750/751, 752/753, 754/755, 756/757, 758/759, 760/761, 762/763, 764/765, 766/767, 768/769, 770/771, 772/773, 774/775, 776/777, 778/779, 780/781, 782/783, 784/785, 786/787, 788/789, 790/791, 792/793, 794/795, 796/797, 798/799, 800/801, 802/803, 804/805, 806/807, 808/809, 810/811, 812/813, 814/815, 816/817, 818/819, 820/821, 822/823, 824/825, 826/827, 828/829, 830/831, 832/833, 834/835, 836/837, 838/839, 840/841, 842/843, 844/845, 846/847, 848/849, 850/851, 852/853, 854/855, 856/857, 858/859, 860/861, 862/863, 864/865, 866/867, 868/869, 870/871, 872/873, 874/875, 876/877, 878/879, 880/881, 882/883, 884/885, 886/887, 888/889, 890/891, 892/893, 894/895, 896/897, 898/899, 900/901, 902/903, 904/905, 906/907, 908/909, 910/911, 912/913, 914/915, 916/917, 918/919, 920/921, 922/923, 924/925, 926/927, 928/929, 930/931, 932/933, 934/935, 936/937, 938/939, 940/941, 942/943, 944/945, 946/947, 948/949, 950/951, 952/953, 954/955,

at 9th Mile, Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवम्बरी १९८५

Exempel

Sc 28