

34744

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/1218/0445

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Khader Bi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम

Khader Basha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hospital road, Chinnaganthikallu, Chinnaganthi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Mlikallu Mandalam, Pilem, 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 दाख है (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 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) उपभोग्यता 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
	RE - 8IC8 + IOL

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 लौ गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	



0445 0445
Khader Bi Khader Bi
Pre op Post op

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञाने प्रामाण्ये चामात्रे वरि:**

- DECLARATION by APPLICANT: **प्रार्थक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यत्र से भी राशि नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ से सहमत हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एलन न्यायी, राज, बाबाबाबा द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या सहायता नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एलन न्यायी या निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास यह जानकारी या संकेत क्या निगमन



AGREEMENT by HOSPITAL (एस्पताल द्वारा अनुमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अतिरिक्त, इसकाही की ओर से यमलैरंगी की "बौद्धिक चान्दनी" से शिथिल संपर्क हो चुका है, जिसे २५ (दशहारा) दिनांक के बाद से मान्य व स्वीकार करने है।

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही अधिमान में द्वितीय राष्ट्रवाद किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य व्यक्ति से राज्य सौंपे/प्राप्त में होने या से रहा है, बल्कि कि अपने "कोशिका काउन्सेलर" से सिफारिश/परिधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सामान्य विधि कोशिका/संकलन हेतु गन्तु नहीं किंच प्राप्त है के अन्तर्गत किसी अन्य भी सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सरकार होने का अधिधार सुविधा प्राप्त है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि सामान्य द्वितीय मरर उक्त सौंपे/प्राप्त हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले/दे/प्राप्त।
2. "कोशिका काउन्सेलर" से सी गई सामान्य केवल द्वितीय प्रकृति की है। ऐसी पर इसका द्वारा भी गई सहाय या विनये रूपे उपचार/प्रक्रिया का सुचारु ऐसी एवं इसका को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीसे इसका में ऐसी के इसका भुगतान और जाने जाने की सभी विनये/प्राप्त ऐसी एवं इसका को होनी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या विनये/प्राप्त इस मरर में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

B.W. लिखिए का नाम व हस्ताक्षर व सदि: न

(Name, Designation & Stamp) of Authorised Signatory
B.W. Lions Super Speciality Hospital
No. 50A, 1st Floor, Naraina Extension-II, New Delhi-110028

Dr. B. K. Shivaram, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तकृत

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय हस्तार २

09.08.2018