

30720

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0452

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramanaiyah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Gangaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rajivnagar Colony, Piler Jann, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh



0452 0452
Ramanaiyah Ramanaiyah
Post op Post op

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/- [family income]

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	Ramindha	30	M	Son
	One Daughter		Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 विनयी का उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशी
	B.W. L. E. H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में दिया गया है।
- 3) मैं यही पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय वापस करने की आवश्यकता नहीं है, इस पट्टी का अधिकार या संपत्ति किसी अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता मांगी/प्रदान की जा रही है, के माध्यम से वित्त, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता मांगने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता मांगने/प्रदान करने के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता मांगने/प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस सहायता मांगने/प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन के "व्यक्तियों" के पास होगा और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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, हस्ताक्षर करने वाले और/या बाएं 엄指 कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो हमें कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहा है, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाए। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो हमें कोशिका फाउन्डेशन से सहायता मांगने/प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस सहायता मांगने/प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन के "व्यक्तियों" के पास होगा और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कोई भी सहायता प्रदान करने से रोगी के उपचार का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार का पूर्ण जवाबदारी रोगी और हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/2018	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant KMC No. 56304 B.W. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर (सिल/स्टाम्प के साथ) (OR) I.C. (Institutional Code)	Jyothi Deepak Admin. Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 5, 1st Cross, 1st Stage, 1st Block, 1st Main Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2