

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0454

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhoodui

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

55

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Arjuna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nodimpalli, Sonala Mandalam, Pithi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/- [family income]

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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 सम्बन्ध
	Murali	27	M	son
	Two 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) आय आग 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 - IICL + IOL

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 सी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	



0454 0454
Bhoodui Bhoodui
Pre op Post op

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.

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति प्राप्त करने वाला)

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की साथ उत्तरकता, मैं (आवेदक) अपनी सज्जति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, सचनसभा द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने से रोक अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा करने की बजाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सचनकारी होगा।

आगे एक के हस्ताक्षर या अंगूठे या निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (OPTIONAL) (SEE PAGE 10)

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.

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही परिष्कृत में विविध राजस्वगत विवादों पर सरकारी सम्पत्तियों पर किसी अन्य व्यक्ति से बकाया लेवी/पगारों में सेने या तो चोरी है, जैसे कि हमने "भौतिक कार्डनेशन" से विकसित/परिष्कृत तक की सम्पत्तियों में "भौतिक कार्डनेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "भौतिक कार्डनेशन" द्वारा राजस्वगत विवादों अतिरिक्त/समाप्त हेतु सम्पत्तियों नहीं किया जाय है तो अस्पष्टता विवादों अन्य पर सरकारी सम्पत्तियों या किसी अन्य सम्पत्तियों से राजस्व लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पष्टता द्वितीय गहरा तथा संविधानगत हेतु किसी पर सरकारी सम्पत्तियों या किसी अन्य सम्पत्तियों से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोरिया फायनंसेल" से जो सब साधारण फंडिंग विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमसबत हुए दी गईं सारांश या विधि याने उपकरणप्रक्रिया का चुनाव ऐसी सब हमसबत से बीच का विषय है और "कोरिया फायनंसेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायब नही है। इसीलिए हमसबत में ऐसी के हतबत सुता और अपने अपने को सारी विमोचरी ऐसी सब हमसबत को होती और "कोरिया" को कोई धुिकर या विमोचरी इस पदने में नही होगी।

स्वीकृती के लिए संसदी

12/12/2018

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
B.W. हस्ताक्षर का स्थान व हस्ताक्षर यहाँ लिखें

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Superintendent, B.W. Lions Hospital
No. 4, Main Road, Kumbakonam

(O.F. J.C. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION)

DE J C Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामगी इस्लाम 2

Exemplar

Self