

36190

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0119/0466** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **08/01/2019**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Karakamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष **48** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम **Gangadharraiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Gollapalli, Piler Mandalam, Piler,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION : व्यवसाय **Farmer**

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **40,000/-**

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 सम्बन्ध
	Santhosh	20	M	Son
	One Daughter Married			

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोग्य 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 Left Eye
	LE - IICB + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	



0466 0466
Karakamma Karakamma
Pr op Pr op

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीदवार की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, बल्कि यह अतिरिक्त या समतल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'प्रायोजर' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित/प्रदर्शित, प्रसारण/प्रसारण के माध्यम से मुझे जानकारी के लिए उपलब्धता के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के फल में जाने या जाने से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के प्रायोजरों से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर जारी करता है। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरणों का निर्माण अतिरिक्त और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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:

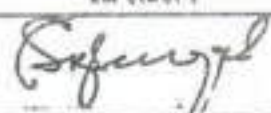
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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, हस्ताक्षरों को संकेत से सफल/उपलब्ध को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय स्तर पर सहायता/प्राप्त हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिन्दु गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/01/2019	 Dr. SHEETAL BALLAL (Name of Consultant, with Stamp) KMC No. 56304 B.W. Lion-Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002 FOR INTERVAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (Off J.C. Road, Bangalore - 560 002)	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Administrator (Hospital) B.W. Lion-Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002 Off J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 