

36205

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0119/0477

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kondaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Nageiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bajaj Show Room, Near Busstand, Pile

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Jawn, Pile, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Security

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते 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
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	IC - SIGS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



0477 0477
Kondaiah Kondaiah
Pre op Post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा करता है:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचर असत्य एवं झूठ है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग रहा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, इस राशि का अधिक या सचर किसी किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इस करता)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जैसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो तथा सचर का दूसरे उद्देश्य से दूसरी व्यक्तिगत और प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार प्रकाशित से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों का अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है और सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस करता)

- 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 प्रमाणित है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से 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 क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशन प्राप्त कर लिया है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा पर हमें यह अधिकार सुरक्षित रखना है कि सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर इस बात की पूर्ण गारंटी है कि हमने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा सुना और अपने अपने को सही दिनेशरी रोगी एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	 Dr. SHETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 1, J.C. Road, Bangalore - 560 002	 Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 1, J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2