

36172

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0119/0479

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rajareddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Obalarreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chinthaparthi, Vayalpadu Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत 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

हां / 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
	Adireddy	35	M	Son
	Three Daughters			Married

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"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 प्रतियोगिता सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - 2.00 + 2.00

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 सो गई सहायता राशि
	B.W.L.E. 11	



0479 Rajareddy
Poc op

0479 Rajareddy
Poc op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरा आवेदन एवं जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण उपयोग के लिए ही दिये जायेगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उक्त "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, मुझे सहायता के लिए, मेरी जानकारी के अनुसार, मेरे उपचार के पूर्ण उपयोग के लिए ही दिये जायेंगे, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा, मेरी सहायता के लिए, मेरी जानकारी के अनुसार, मेरे उपचार के पूर्ण उपयोग के लिए ही दिये जायेंगे, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 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 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 की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को लिखित अनुरोध हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का कोई प्रयास नहीं किया जायेगा, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः अस्वीकार/नकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि अस्पताल किसी भी प्रकार से सहायता के लिए अनुरोध नहीं करेगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा दिये गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव पूर्णतः स्वतंत्र रूप से करना पड़ेगा और हमारे पास कोई भी सहायता के लिए अनुरोध करने का कोई अधिकार नहीं होगा। हमारे हस्पताल में उपचार के लिए हमारे पास सभी आवश्यक सुविधाएँ उपलब्ध हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भविष्य में सहायता के लिए अनुरोध करने का कोई अधिकार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 09/01/2019	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of the Doctor & Hospital) B.W. LINGA SUPER SPECIALITY HOSPITAL No. 5, Lings Eye Hospital Road (Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002)	Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. LINGA SUPER SPECIALITY HOSPITAL No. 5, Lings Eye Hospital Road (Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002)
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>	