

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

01/01/19/0485

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sudhakar Reddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पत्नी का नाम

Balreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#178, Palem Street, Rampachetla Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Palem, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:  
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

40,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर एसेस है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Karunakara Reddy                                  | 32                         | M              | Son                                             |
|                        | Pannakara                                         | 30                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Left Eye                                                                                 |
|                        | LE - 8ICB + 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सी सहायता मिली |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        | B. H. L. E. H.                            |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |



0485 0485  
Sudhakar Reddy Sudhakar Reddy  
por op por op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा दावा सत्य पाया है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सौ या पूरी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस प्रति या व्यक्ति या संस्था जिससे कि अन्य कोशिका/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

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 प्रकरण या अन्य दस्तावेज या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् भरोदार, दान, चिकित्सा सुविधाएँ उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और चिकित्सीय के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण की सहायता या चलाये जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भरोदारों या किसी भी व्यक्ति और सहायतादाता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के दस्तावेज या अंगूठे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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, दस्तावेजों की और से समझौते की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए या किसी अन्य रोगी के लिए या से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के कारण से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी व्यक्ति/रोगी/रोगी के लिए नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) अपने रोगी/रोगी के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि हम (हस्पताल) इस मदद को प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगे/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सौ या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हस्पताल द्वारा की गई सहायता या लिये गये उपचार/चिकित्सा का चुनाव हमारे ही हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी के हस्तान्तरण और आने जाने को सही निर्णय लेने एवं हस्पताल की सेवा और "कोशिका" की कोई भी सुविधा या निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>09/01/2019</p> | <p></p> <p><b>Dr. SHEETAL BALLAL</b><br/>Consultant</p> <p>(Name of the Doctor/Physician/Stamp)<br/>B.W. Lenses Super Speciality Eye Hospital</p> | <p></p> <p><b>Jyothi Deepak</b><br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>B.W. Lenses Super Speciality Eye Hospital<br/>Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002</p> |
| <p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</p>                |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>भरोदार हस्ताक्षर 1</p> <p></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>भरोदार हस्ताक्षर 2</p> <p></p>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                             |