

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0119/0486

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

B. Yashodharmma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

50

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुप का नाम

B. Siddanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yerravandlapalli, Yerravandlapalli Man

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

dabam, Piler, Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35,000/- [family income]

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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

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
	Eshwarraiah	25	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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - IOL + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



0486 0486
Yashodamma Yashodamma
Post op Post op

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, इस राशि का अतिरिक्त या समस्त किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सम्पत्ति की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन, फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष पर विवरण मेरे प्रत्यक्ष के पते या कर से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी एन फाउन्डेशन और भरोदारों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



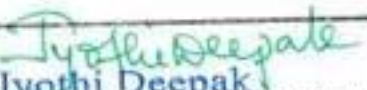
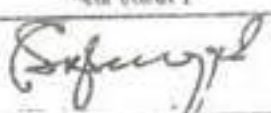
AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेमाल द्वारा करार)

- 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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्तेमाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मांग की जा रही है तो अस्वीकार किया गया है। हमारे हस्ताक्षर के माध्यम से सहायता हेतु मांग की जा रही है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया गया है कि अस्वीकार/सिफारिश प्राप्त करने के बाद सहायता हेतु सिफारिश की जा सकती है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या इस्तेमाल द्वारा मैं यहाँ सहायता या सिफारिश के उद्देश्य/प्रतिष्ठा का उद्देश्य नहीं है। हमारे हस्ताक्षर के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। हमारे हस्ताक्षर के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। हमारे हस्ताक्षर के माध्यम से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/01/2019	 Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Doctor, Hospital Stamp) B.W. LIONS SUPER SPECIALITY HOSPITAL No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002	 Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. LIONS SUPER SPECIALITY HOSPITAL No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 