

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0494

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nagardhramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

50

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Adinarayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kavalapalli, Piler Mandalam, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/- [family income]

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई करदाता 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 लगायें)

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
No childrens.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE- IOL + 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या उपरान्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मैं नहीं लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत और अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एवम् भवतों, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे मिली/प्राप्त की गयी किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भवतों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लेख है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भवतों भवतों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other 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 हमारे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाये है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो भवतों और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए या किसी अन्य रोगी से हमारे/रोगी को मिलेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिए या किसी अन्य सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हमारा/रोगी किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाला रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार जो भी सहायता या सिफारिश करने वाले/रोगी/रोगी का चुनाव/उपचार हेतु इलाज के बीच या विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज में रोगी के इलाज सुख और जो भी जाने की राशि/रोगी/रोगी हेतु इलाज की होती है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	<i>[Signature]</i> Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Doctor) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002	<i>[Signature]</i> Dr. Iyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	