

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0495

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkataramana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Siddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

K.V. palli, K.V. palli Mandalam, Pithi.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chettor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य सिलान)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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
	Four 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 सिलान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सिलान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सिलान 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 प्रतियेदन सूची सिलान
	DOV Left Eye
	L.E. IICL + 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	



0495 0495
Venkatara Venkatara
- mana
poc op 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए, पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति जता रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करने के लिए मैं अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित कर रहा हूँ, जिनके "उद्देश्य" के लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए मैं "कोशिका फाउंडेशन" को अपनी छवि और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए मैं "कोशिका फाउंडेशन" को अपनी छवि और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करना होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए हमारे द्वारा चुनी गई प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" इस विचार को प्रभावित नहीं करेगा। हमारे द्वारा चुनी गई प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" इस विचार को प्रभावित नहीं करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Doctor, for Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lions Eye Hospital Road FCR INTERIOR, USE of KOSHKA FOUNDATION (Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002	Jyothi Deepak Authorized Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, Lions Eye Hospital Road Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	