

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0496

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nagaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

Mallaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Guttalabhai, K.V. palli Mandakur,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

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

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
	Mallaiah	35	M	son
	One Daughter 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 प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - STEEL + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

36/70



0496 0496
Nagaiah Nagaiah
Post op Post op

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा की:**

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: _____

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose, as stated above, and will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई परिवर्तन एवं अलग जानकारी प्राप्त हो तो मैं इसे तुरंत लिखित रूप से सूचित करूँगा।
- 2) मेरे द्वारा जो सामग्री एप्लिकेशन "कोर्सिंग माइस्ट्रेटरी" में दी जा रही है, इसका उपयोग इसी कोर्सिंग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सामग्री देना यह प्रार्थना की गई है, इस एप्लिकेशन का सफल निष्पत्ति मिले अन्य कोशिशों/सहायता/संसाधनों से न कि निम्न से और न ही स्वयं से लूँगा।
- AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा कबल)

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साक्ष्यक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस साक्ष्यक को साक्ष्यक के रूप में स्वीकार किया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (साक्ष्यक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने इच्छाया या लगेते की भाव लगाकर, मैं (अधोदक) अपनी सहाय्य की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को आगे बढ़ाने में सहाय्य करता हूँ। पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एम्बल्ड, पत्र, कपड़ा तथा अन्य वस्तुओं से युक्त ग्रीष्मकालीन और सर्दियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने से निरा करिष्ठ हूँ। मैं प्रश्न का विवरण भी हस्ताक्षर के अन्तर्गत या अन्य से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से निरा करिष्ठ हूँ।

2) मैं (अधोदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के अन्तर्गत से प्रेषित है मुझे सदा: सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड वस्तुओं का निर्माण अधिक और मायाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपरेक के इजाजत या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (तयार करुनु)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for admission to (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 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिवक्ता, हाजिरी की ओर से साबित/प्राप्त की "कोविड जागरूकता" से निमित्त साबित/प्राप्त की जा रही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

[illegible][illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संशोधन के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name & Designation Stamp) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 3, Lions Eye Hospital Road Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 3, Lions Eye Hospital Road Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSPIRA FOUNDATION		OFF: J.C.T. KOSPIRA, 2000	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 जयसिंह इरावत 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 जयसिंह इरावत 2	
			