

39298

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/029/0609

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/3/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

B. Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Basireddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thalapala Piler Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist Andhra Pradesh



0564

Rajamma
Pur Op

0564

Rajamma
Post Op

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
①	B. Vankaramekreddy	30	M	Son
②	Chandra Reddy	32	M	Son

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 विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOL - Left Eye
	SICS + 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 सी गई सहायता राशी
	BWLEH	

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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कॉन्सिडर फायरबैरन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अवैध या गलत इस्तेमाल किसी अन्य छोटे/निधोःक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में हुआ।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली को छान लाना, मैं (अश्वमेधक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका प्राइडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीजिए है, उसे "कौशिका" एम्प्लू न्यायो, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका प्राइडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अश्वमेधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कौशिका" एम्प्लू उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक कं इच्छा या अंगुठी का निशान



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 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 अधिकार, हमलाबारी की ओर से घायले/ऐसी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसताल) विनम्र प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघीय और न ही राज्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठा रोटी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरान/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अतिक्रम/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असमस्त किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमस्त द्वितीय परर उक्त रोटी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोटी या इमस्तत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोटी एवं इमस्तत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इलाज नहीं है। इसलिये इमस्तत में रोटी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेवारी रोटी एवं इमस्तत को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसक्ति

13/3/19

Dr. SHEETAL BALLAL
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

No. नॉब ब्रिज हस्पिटल अफिशियल ऑफिस

अनुनासिक उपस्थिति है।

आमने कलम १००

आपकी इच्छा है कि आप अपने

Ergebnis

Rich