

C/19/040973

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: 13/0419/0020
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/4/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Sheikh Inayatulla
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
65SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Inayatulla
पिता/कटुम्भ का नाम

(PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता)

6/150 Maseed Street Ramapacherla
Ramapacherla Nandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist Andhra Pradesh

0020 0020
Sheikh Inayatulla
Duo Post OpOCCUPATION: Mechanic
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्याई 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
1	Bawajan	38	m	son
2	Nandati	36	m	son
3	Abdul Wahid	32	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Re Right Eye Stcs + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
	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 शोधना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एति "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एति का अधिक या सकल विस्तार किसी अन्य कोलोनियल/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो पश्चिम में लीता।

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 ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोरिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनाल दूरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इराज के पहले या बाद में करने के लिए "कोरिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोरिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદન બે દમ્પાશર વા અંગુઠે વા નિશાન

೨. ೨ ಸಾವಿರ

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 अधिकृत, इलाखरी की ओर से सम्मेलन/लेखी को "कॉन्सिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता होत निपटारिश की जाती है, जिसे हम (इम्प्लाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो धर्मन और न ही पवित्र में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाए जाएगी। मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अवसर किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसर द्वितीय पदर उठाए जाएंगे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसका के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इसका में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसका की होये और "कोशिका" की कोई शुधिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/4/2019

Dr. FAUQIA
(Name of Dr. & Register No. with Stamp)
डाक्टर फौकिया

Jyothi Deepak
Jyothi Deepak
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
B.W. Lions Speciality Hospital
Name of the Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ಅನಾಥ ಬಾಲಕರು Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताफा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature

Rich