

42729

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : B/0519/0184 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE 22/5/19 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : Sarojamma आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Malliah पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Tellatamanda, k v patti Mandalam,				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh				
OCCUPATION : House wife व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (Family income) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वास्थ्य 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 सम्बंध
1	Malleshwara	30	M	Son
2	Madheshwara	28	M	Son
3	Malakka	25	F	daughter
4	Radhamma	23	F	daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 कितनी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Dov			
	Right eye			
	SICB + IOI			
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 सी गई सहायता राशि	
	BWPEH			



0184 0184
Sarojamma Sarojamma
Rue Op Post Op

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायिता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, बाबल/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायिता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकार, हस्तक्षेप की ओर से मामले/लेख को "भारतवा फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसजल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधित्त सहायता किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ठेकी/मामले में लेने या ले गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिलिकॉन/सिलिकॉन उद्योग को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त ठेकी/मामले हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाइनमेंटेशन" से तो नई सहायक कोशिका विधिव प्रकृति की है। ऐसी पर हमसजल द्वारा भी नई सहाय या किमे गये उपचारप्रक्रिया का पुनराव ऐसी एवं हमसजल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनमेंटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिए हमसजल में ऐसी के हलाय सुलत और आने जाने की सारी विम्वेपरी ऐसी एवं हमसजल की होणे और "कोशिका" की कोई धुमिका या विम्वेपरी इस सपने में नही होणे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22/5/19</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. Rachel Joseph DOMS, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ स्टैम्प</p>	<p><i>[Signature]</i> Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 5, 3rd Floor, Hospital, Andheri West on behalf of Hospital)</p>
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	