

42724

Koshika
foundation

Building block of life.



| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता फैस्ले आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | | |
|---|---|---|---|---|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: | B/0519/0188 | APPLICATION DATE: आवेदन हिन्दी 22/5/19 | | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम | Savitramma | AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम | Redduayappa | SEX सिंग F | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता | | | | |
| <i>Mahal cross, k v patti mandalm Tlles, chittoor Dist, Andhra Pradesh</i> | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता | | | | |
| OCCUPATION: अवसाय | House wife | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय | 40,000/- [Family Income] | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़) | | |
| PAN No. स्पाइ रहस्य संख्या | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगायें) | | | | |
| 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 |
| 1 | Reddy Shanti | 45 | F | daughter |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप द्वारा संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज़रूर आवश्यक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप द्वारा संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप द्वारा संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मद्दत के लिये चिन्हित का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | |
| Dov Left eye SICG + TOL | | | | |
| 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 सौं गई सहायता राशी | | |
| B/w LEH | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 हूं कि इस प्रकार मेरे लिये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण असत् या कला है तो उसे महात्मा गिरजा को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महात्मा एवं "कोशिका फाउंडेशन", से भी जा चुकी है, उसका उत्तराधीन भी उत्तराधीन को नहीं खो दिया जाएगा, जो इस प्राप्ति ने मेरे लिये है।
- 3) मैं यूपी कला हूं कि विवरण महात्मा एवं उत्तराधीन को नहीं देता है और उसी विवरण को अन्य द्वारा/प्रोफेसर/बीमा कंपनी से न हो लिया है और उसी विवरण से नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करता)

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 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.

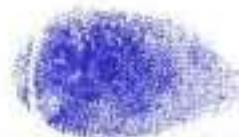
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्यक्ष पर, अपने हस्ताक्षर या अंगठी की ताक लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी महात्मा की यूटी कला हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत कला हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामी, लाल, पालनाया द्वारा उत्तराधीन से नहीं। गोपनीयताएँ और उत्तराधीनों के लिये किसी भी प्रसार या घटना में प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण ऐसे रहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से महसूस हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महात्मा के उत्तराधीन से प्राप्ति है युक्त हैं क्योंकि महात्मा का हकार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का विनियम अधिक और वापसीकरी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का लिया



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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.

इसारे अधिकृत, हस्ताधीन की ओर से मामलेशीरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महात्मा द्वारा दिया गया एवं स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो कर्तव्य और न हो भविष्य में वित्तीय महात्मा किसी भी राजकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उसका योग्यानाम से लौंगे या लैंगे हो जाए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उत्तराधीन को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महात्मा वित्तीय भौतिक/सूक्ष्म द्वारा महात्मा किसी अन्य गैर राजकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से महात्मा द्वारा उसका अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध बनता है कि अस्पताल हिंदीय मराठ उत्तराधीनों से होता है किसी गैर सरकारी संस्था का नाम संस्थान से नहीं संबंधित होता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से न हो गई महात्मा कोमल वित्तीय प्रदानी हो है। उसी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई संतान या किसी गैर उपचारात्मका का चुनाव होती है एवं हस्ताक्षर के द्वारा का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उत्तराधीन नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में उसी के हस्ताक्षर मुक्ता और अपने जाने की साथी विमोचनी होती है कि इस हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णिमा या विवेदणी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्कृति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अंगठी की तिथि 02/15/19 | Dr. Rachel Joseph (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) KMC डॉक्टर रेचेल जोसेफ नं. 02/15/19 | Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 5, 6th Main Road, HSR Layout, Jayanagar, Bangalore - 560 002 |
|--|--|---|

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2